

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

2

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Décembre 1890, à une heure

PAR

R. GOFESTRE

Né à Darmetal (Seine-Inférieure), le 25 février 1864.
Ancien interne des hopitaux de la Maternité de Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT

DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE DU CORPS

PAR LE CRAYON AU CHLORURE DE ZINC

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE DENTU, professeur.} \\ \text{HANOT, CAMPENON, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1890



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

42

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Décembre 1890, à une heure

PAR

R. GOFESTRE

Né à Darmetal (Seine-Inférieure), le 23 février 1864
Ancien interne des hopitaux de la Maternité de Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DE L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE DU CORPS

PAR LE CRAYON AU CHLORURE DE ZINC.

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE DENTU professeur.} \\ \text{HANOT, CAMPENON, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TITLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS
	G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTERER.	WEISS
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DRESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR THIERRY

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'École de Rouen.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON.

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

Pendant notre dernière année d'études, ayant eu l'occasion de recueillir dans le service de M. le professeur Thierry, à l'hospice général de Rouen, quelques observations d'endométrite qui montrent une fois de plus les bons effets de la cautérisation par le crayon au chlorure de zinc, nous avons cru pouvoir en faire le sujet de notre thèse.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'affirmer notre profonde reconnaissance à tous ceux qui pendant nos études nous ont si largement prodigué et leurs conseils et leurs leçons.

Que M. le professeur Guyon agrée nos sincères remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Que M. le Dr Thierry, notre maître, reçoive aussi l'hommage de notre profonde gratitude pour tous les bons conseils qu'il nous a donnés pendant notre dernière année d'études et pour la bienveillance dont il a tant de fois fait preuve en nous fournissant le sujet de cette thèse et en nous aidant dans nos travaux.

Enfin, que tous nos maîtres à l'école et dans les hôpitaux de Rouen daignent agréer avec nos sincères remerciements l'hommage de nos sentiments les plus dévoués.

CHAPITRE I

Pris dans son acception la plus étendue le mot métrite désigne une inflammation de l'utérus. Telle a été du moins pendant longtemps sa seule signification, jusqu'à ce que l'on ait pénétré la nature intime de l'affection.

Les gynécologues anciens avaient multiplié à plaisir les divisions de la métrite en faisant pour ainsi dire autant de genres que de symptômes.

On avait alors des métrites fongueuses, herpétiques, ulcéreuses, etc., etc..., suivant l'aspect que présentaient les ulcérations du col. Cette classification ne reposait que sur un symptôme, pris à tort comme le plus important entre tous.

Grâce aux théories microbiennes les métrites ont pu être rangées dans la classe des maladies infectieuses. En même temps, l'antisepsie a permis de pénétrer dans la cavité utérine elle-même, jusqu'alors inaccessible sous peine de voir apparaître les accidents les plus graves ; et il a été dès lors possible de fixer le point de départ de l'infection et les altérations ultérieures qui en sont la conséquence.

A l'heure actuelle, la plupart des auteurs sont donc d'accord pour admettre l'origine sceptique des métrites ;

nous verrons plus loin quelle peut être cette origine, ou pour mieux dire, quelles peuvent être les sources diverses des germes septiques qui produisent l'inflammation de l'utérus.

L'utérus outre le péritoine qui l'enveloppe en partie est essentiellement formé de deux couches : une membrane muqueuse qui tapisse sa cavité et une couche musculaire qui constitue l'organe même et que l'on désigne sous le nom de parenchyme utérin.

Ces deux éléments principaux sont également susceptibles de s'enflammer. Toutefois, le plus souvent, c'est par la muqueuse que débute l'inflammation : elle peut s'y limiter et constituer alors l'endométrite ; elle peut aussi, nous verrons par quel mécanisme, franchir les limites mal définies de la couche profonde de la muqueuse et gagner le parenchyme utérin ; l'endométrite s'accompagne alors d'un degré plus ou moins intense de métrite parenchymateuse proprement dite ; ce n'est qu'une complication de l'endométrite ; et en effet un traitement qui ne s'adresse qu'à la muqueuse produira une diminution de volume de l'organe. En cautérisant la muqueuse on guérira la lésion du parenchyme, ce qui semble prouver qu'il y a bien, dans ces cas du moins, entre l'endométrite et la métrite parenchymateuse un rapport de cause à effet.

C'est surtout à l'état aigu que l'inflammation attaque en même temps la muqueuse et le muscle utérin ; à l'état subaigu ou à l'état chronique, il semble plutôt que le produit fasse choix de l'un ou l'autre de ces deux élé-

ments. Il faut en somme distinguer une inflammation de la muqueuse c'est l'endométrite, une inflammation du muscle, la métrite parenchymateuse sans oublier toutefois que le plus souvent les deux se complètent.

Au point de vue anatomique l'utérus a été divisé en deux parties : le corps et le col ; cette distinction n'est pas moins exacte en pathologie et si, lorsque le corps est malade, le col l'est aussi, dans l'immense majorité des cas, il faut bien admettre que l'une des deux cavités peut-être envahie isolément et qu'il faut distinguer des métrites du corps et des métrites du col.

« J'établis, écrit Gallard, une distinction très grande
« entre la phlegmasie de la muqueuse qui tapisse la ca-
« vité du col de la matrice et celle de la membrane qui
« revêt la cavité du corps du même organe ; parce que
« la limite tracée par l'isthme de l'utérus et qui établit
« une ligne de démarcation si tranchée entre les deux
« parties de l'organe au point de vue de la structure ana-
« tomique, forme une barrière qui est souvent respectée
« par les lésions pathologiques, de telle sorte que la mu-
« queuse du corps et celle du col peuvent être enflammées
« isolément. »

Pour M. Cornil, l'endométrite subaiguë ou chronique, beaucoup plus fréquente que l'endométrite aiguë, est limitée dans bien des cas à la muqueuse du corps.

Pour Martin de Berlin, « il est de la plus haute importance de séparer entre elles les phlegmasies chroniques des divers segments de la muqueuse, par l'étude des processus inflammatoires différents. »

Il existe donc une métrite du corps et une métrite du col.

« De plus pour Gallard lorsque la muqueuse du corps et celle du col sont enflammées simultanément, les symptômes les plus graves et les plus intéressants à connaître comme à combattre sont déterminés par l'inflammation de la muqueuse du corps à ce point que la phlegmasie de la muqueuse cervicale ne constitue plus alors qu'un épiphénomène, une complication insignifiante dans le cours d'une maladie sérieuse et grave. » Sans doute, il existe parfois des endométrites cervicales graves compliquées d'une métrite du corps plus ou moins intense, mais c'est l'exception. La proposition inverse, celle de Gallard, est vraie le plus souvent ; c'est du moins le cas de la plupart des malades que nous avons observés ; mais avant de chercher comment on peut guérir cette endométrite du corps, nous essaierons de dire ce qu'elle est et nous commencerons par jeter un coup d'œil rapide sur les lésions qui les caractérisent.

CHAPITRE II

L'utérus est un organe creux ; à l'état normal sa cavité est virtuelle, les parois s'accolant l'une à l'autre. Il est divisé en deux parties par une portion rétrécie, l'isthme qui marque d'une façon très nette la limite entre les deux portions de l'organe, la cavité du corps et la cavité du col. Le cathéter en pénétrant dans la cavité utérine sent nettement cette portion rétrécie. Dans l'endométrite au contraire, cette portion rétrécie se dilate plus ou moins parfois elle disparaît complètement et il devient impossible de déterminer d'une façon précise la limite entre les deux cavités. Toutefois il est rare que l'élargissement de l'isthme atteigne ces proportions et nous verrons que dans la grande majorité des cas on est obligé de le dilater encore avant de pouvoir pénétrer dans la cavité utérine pour y agir d'une façon efficace.

La cavité utérine à l'état normal mesure environ six centimètres. Cette dimension d'ailleurs varie beaucoup avec l'âge et le nombre de grossesses. M. Sappey donne comme moyenne 52 millimètres pour les nullipares et 57 pour les multipares. A mesure que la femme a des enfants la longueur de l'axe vertical de la cavité utérine augmente donc, et c'est le corps qui augmente, le col restant stationnaire.

Dans l'endométrite ces dimensions sont considérablement augmentées. L'axe vertical atteint 7 centimètres, 7 1/2, 8, 8 1/2 et parfois 9 centimètres; certains auteurs ont même affirmé qu'il était possible d'après les dimensions de ce diamètre de faire le diagnostic entre un métrite simple et une métrite due à la présence d'un fibrome développé dans la paroi musculaire de l'organe. Lorsque le diamètre vertical atteint ou dépasse 9 centimètres on serait toujours en présence d'un fibrome.

Jusqu'à ces dernières années, l'anatomie pathologique des métrites était restée forcément incomplète. C'est qu'en effet l'utérus est un des organes le plus vite frappés par la putréfaction. Les recherches ne portaient donc que sur des pièces déjà plus ou moins décomposées où il était difficile de faire la part de la métrite et celle de la putréfaction.

Heureusement la chirurgie peut fournir aujourd'hui aux anatomo-pathologistes des pièces fraîches, retirées par la laparotomie et par l'hystérectomie vaginale : à défaut de ces pièces on peut par le raclage de la cavité utérine se procurer des débris de muqueuse qui permettent l'étude anatomo-pathologique des endométrites. C'est grâce à ces moyens nouveaux que M. le professeur Cornil a pu dans ses leçons de l'Hotel-Dieu tracer d'une façon si complète les lésions de l'endométrite chronique. Qu'il nous soit donc permis de lui emprunter les quelques détails qui suivent :

Lorsque l'on fend dans sa longueur suivant l'un de ses bords l'utérus sain d'une femme adulte, on trouve la ca-

vitité du corps tapissée par une membrane muqueuse d'une coloration grisâtre ou gris rosé. Cette muqueuse dont l'épaisseur ne dépasse pas un millimètre se continue d'une part avec la muqueuse des trompes au niveau des angles de l'utérus et d'autre part avec celle du col au niveau de l'isthme. Tandis que la muqueuse du col est hérissée des saillies de l'arbre de vie, celle du corps est lisse et unie, pourvu cependant d'une infinité d'orifice visibles des glandes. Cette muqueuse est recouverte d'un épithélium cylindrique pourvu de cils vibratiles; l'épithélium du col au contraire est pavimenteux. Les glandes sont extrêmement nombreuses. Ce sont des glandes en tube, généralement simples, parfois bifides. Ces glandes sont flexueuses, elles sont situées dans le derme ou chorion muqueux mais elles peuvent le dépasser et leurs culs-de-sac arriver jusque dans le parenchyme. Le col possède des glandes en grappe et des glandes utriculaires formées de simples dépressions cupuliformes ou un peu allongées. Elles sont tapissées par un épithélium caliciforme. Cette différence dans l'anatomie des deux muqueuses entraîne une différence des sécrétions : le liquide fourni par les glandes du corps est limpide, peu consistant, séreux; tandis que le liquide fourni par le col est épais, visqueux cohérent. Cette particularité est essentielle à noter car la différence entre les sécrétions ne fait naturellement que s'accroître à l'état pathologique de telle sorte que le mucopus qui s'écoule du col, fournit, nous le verrons plus tard, par sa consistance seule, un renseignement précieux pour déterminer le point de la muqueuse le plus gravement atteint.

Nous venons de voir rapidement les points essentiels de l'anatomie normale de la muqueuse qui tapisse le corps de l'utérus ; voyons maintenant quelles sont les lésions principales que subit cette muqueuse dans l'endométrite chronique.

Ce qui frappe tout d'abord lorsque l'on étale l'utérus atteint d'endométrite chronique c'est l'aspect de la muqueuse ; au lieu d'être lisse et blanchâtre comme à l'état normal, on trouve sa surface inégale molle pulpeuse, boursoufflée, ressemblant par sa consistance et son aspect à la gelée de groseilles, ou parfois si la teinte est plus foncée, à l'apparence de caillots noirâtres, mous, cruoriques. Cette muqueuse est épaisse ; de un millimètre elle peut arriver à 7, 8 et même 10 millimètres d'épaisseur. Elle est molle avons-nous dit, et de plus elle se laisse très facilement dilacérer et ce point est important au point de vue du curetage : car il est tout à fait exceptionnel que le muscle soit ramolli ; de telle sorte que l'instrument put enlever toute la muqueuse, mais n'enlever qu'elle, sans entamer le muscle. Enfin à la surface de la muqueuse on observe des végétations bien décrites par de Sinety et rangées par lui en trois catégories : les végétations glandulaires formées par des glandes hypertrophiées devenues flexueuses, les végétations embryonnaires et les végétations vasculaires presque uniquement formées de vaisseaux dilatés.

Telles sont les lésions macroscopiques ; l'examen histologique en révèle la nature intime.

Tous les éléments sont plus ou moins atteints, mais

c'est surtout la glande qui semble la plus maltraitée par ce travail phlegmatique.

Les glandes sont hypertrophiées et deviennent beaucoup plus flexueuses qu'à l'état normal. Vers la partie profonde de la muqueuse elles ne sont plus séparées que par de très minces cloisons. Cet état particulier donne à la coupe un aspect reticulé et explique très bien la friabilité particulière de la muqueuse malade. Il est fréquent de voir ces glandes prises comme à l'étroit dans le tissu muqueux, dépasser la couche plus profonde et pénétrer dans la paroi musculaire.

Les épithéliums glandulaires subissent aussi des modifications importantes. Les cellules plates qui reposent directement sur la parois des follicules, entre le revêtement épithélial et la couche de tissu conjonctif périglandulaire, persistent toujours et ce fait est important car c'est un élément précieux de diagnostic entre la métrite simple et l'épithélioma à cellules cylindriques. Les cellules cylindriques ciliées du revêtement, qui recouvrent ces cellules plates, peuvent persister mais souvent elles subissent la dégénérescence muqueuse, et perdent leurs cils.

Les cellules cylindriques ciliées qui recouvrent la muqueuse perdent leurs cils et s'applatissent de plus en plus.

Il est inexact de penser que cet épithélium devient pavimenteux ; car il n'est pas dans la nature de l'inflammation simple de produire de telles transformations épithéliales.

D'après M. Cornil on ne rencontre de transformations épithéliques de la muqueuse que sur le col en ectropion.

Le tissu conjonctif aussi entre en prolifération très active; il emprisonne les culs-de-sac glandulaires; se vascularise envahit le muscle utérin et contribue pour une large part à l'épaississement de la muqueuse.

La pénétration du muscle utérin par le tissu conjonctif en prolifération explique la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires qui perdent leur résistance et par suite dans certains cas le ramollissement du parenchyme.

Enfin il faut noter l'altération et la dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques. La dilatation des vaisseaux sanguins donne lieu aux hémorrhagies si abondantes que l'on rencontre dans certaines formes de métrite. Les lymphatiques enflammés laissent sourdre en abondance des globules de pus qui finissent par fournir des écoulements purulents abondants.

Telles sont les lésions principales que l'on rencontre dans la métrite chronique du corps. Voyons maintenant quelles en sont les causes principales.

CHAPITRE III

La plupart des auteurs sont d'accord aujourd'hui pour admettre que la métrite a toujours une origine infectieuse. Sans doute, l'agent infectieux peut avoir les provenances les plus variées, mais il existe toujours et certains auteurs n'hésitent pas à retrancher du groupe des métrites toutes les affections utérines où cet agent fait défaut.

C'est ainsi que M. Doléris écrit :

« Il n'y aura métrite, c'est-à-dire inflammation, qu'autant qu'il y aura adjonction d'un élément morbide phlogogène d'un microbe pathogène » ; et, plus loin : « Toute métrite où l'élément infectieux fait défaut (subinvolution, hypertrophie chronique, hyperplasie, engorgement, congestion, etc.), n'est pas une métrite à proprement parler. »

Entre toutes les causes d'infection, celle qui mérite la première place est sans contredit la parturition.

L'accouchement normal tout aussi bien que l'avortement s'accompagne souvent de rétention placentaire. Que la rétention soit partielle ou totale, les détritüs qui subsistent dans la cavité utérine s'altèrent ; les microbes y pullulent et créent un foyer d'infection qui peut, quand la virulence est conservée, aboutir à une infection puer-

pérale généralisée, mais qui peut aussi à un degré moindre produire plus ou moins vite une endométrite. Telle est l'opinion de Gallard : « Aucune cause n'a, sur la production de la métrite interne, une influence pareille à celle de l'accouchement et de l'avortement ; et, pour moi, l'importance de cette cause est telle que, sans pourtant les nier, je considère comme très exceptionnels les cas d'inflammation du corps de la matrice, dans lesquels la maladie se développe chez des femmes n'ayant pas encore conçu. »

Beaucoup d'autres auteurs partagent cet avis.

M. Porak écrit : « Je n'ai observé que très rarement la métrite chez des jeunes filles non réglées, chez des femmes après la ménopause, même chez des multipares. L'existence antérieure d'accouchements ou d'avortements a été la règle. »

Et M. Doléris : « Je ne nierai pas que quelques femmes infectées à la suite de l'accouchement et bien soignées ne se débarrassent spontanément de tout germe morbide et finalement ne guérissent, grâce à la résistance victorieuse du terrain, mais c'est l'exception. La règle, c'est que la métrite persistante est la conséquence habituelle de l'infection puerpérale si atténuée qu'elle ait pu être ou paraître.

Enfin, les recherches bactériologiques, publiées dans ces derniers temps ont ajouté des preuves matérielles à ces faits.

Les organes génitaux de la femme accouchée sont riches en microbes, auxquels la cavité utérine dépouillée

offre des portes d'entrée nombreuses. Que les précautions antiseptiques manquent ou soient insuffisantes et l'endométrique peut se développer. Il est vrai de dire, toutefois, que le plus souvent ce développement s'accomplit lentement et, en effet, il arrive souvent que les femmes font remonter le début de leur maladie à leur dernière couche ou à leur dernière fausse-couche, bien qu'elle soit accomplie depuis plusieurs mois, souvent même depuis plusieurs années.

Immédiatement après la parturition, il faut placer la blennorrhagie. Bien que les auteurs ne soient pas d'accord sur la fréquence relative de l'endométrite blennorrhagique, ils sont, du moins, *unanimes* à admettre son existence.

Et, en effet, on s'expliquerait mal qu'une affection qui débute par le vagin, et de là se propage si facilement au méat, ne put pas se propager à l'utérus dont la muqueuse est en continuité directe avec la muqueuse malade. Sans doute, dans ces cas, la muqueuse cervicale est la première atteinte par le pus épais et verdâtre qui baigne continuellement le museau de tanche ; mais il est logique d'admettre que du col l'inflammation peut se transmettre au corps. C'est, du reste, un fait clinique indéniable. La présence dans le pus du gonocoque de Neisser a été observée maintes fois. Pour M. de Sinety, cet accident serait fréquent. Pour M. Doléris, au contraire, il serait exceptionnel. Ce qui paraît hors de discussion, c'est que malgré la fréquence de la blennorrhagie, la parturition est plus souvent en cause dans la production des endo-

métrites et cela pour cette raison bien simple que, dans l'accouchement, l'infection est primitivement utérine, tandis que dans la blennorrhagie elle est d'abord vaginale et ne devient utérine que par propagation.

L'endométrite peut encore reconnaître pour cause une foule d'états septiques des organes génitaux externes. Chez les femmes qui ne se soignent pas, la desquamation épithéliale, les glandes vulvo-vaginales, le contact de l'urine développent à la vulve des inflammations banales. M. Siredey admet que ces vulvites sont fréquemment le point de départ de l'endométrite et c'est ainsi qu'il explique les métrites des jeunes filles qui n'ont été exposées ni à l'infection puerpérale ni à l'infection blennorrhagique.

Dans ces conditions septiques provenant de l'extérieur, la propagation peut se faire soit à propos des règles, soit à propos d'excès vénériens, de relations brutales et disproportionnées, d'un traumatisme quelconque.

On a encore signalé des cas d'endométrite dus à la malpropreté de l'homme et à ce propos il faut signaler les endométrites tuberculeuses.

M. Jouin en a observé 9 cas dont la plupart dus à la cohabitation avec des sujets atteints de tuberculose génitale.

Enfin, M. Dolérís admet encore l'infection possible par aliération du sang des règles ou des liquides sécrétés.

Telles sont les causes principales de la métrite ; mais, ce n'est pas à dire pour cela que toutes les femmes qui

se trouveront dans ces conditions seront atteintes de métrite. Il faut pour cela un terrain favorable.

Jusqu'à ces dernières années, on rattachait les métrites à une cause générale, à une diathèse.

C'est ainsi que, dans les auteurs, on trouve décrites des métrites lymphatiques, herpétiques, dartreuses, etc. Pour ces auteurs, l'ulcération du museau de tanche, sa forme, ses caractères objectifs constituaient, avec l'état général, la caractéristique de chaque variété de métrite. Il est juste de reconnaître qu'alors l'antiseptie ne permettait pas encore les examens directs de l'utérus.

Actuellement, l'état général est relégué au second plan, mais il n'en conserve pas moins une importance considérable ; et l'on admet qu'étant donné un foyer d'infection, l'utérus de la malade résistera plus ou moins, suivant que l'état général sera bon ou mauvais. C'est la question du terrain si importante et si intéressante dans toutes les conceptions de la pathogénie moderne. Enfin, il faut aussi faire entrer en ligne de compte quelques dispositions spéciales de la structure et des fonctions de l'utérus.

Nous avons vu déjà que par sa continuité avec la muqueuse vaginale d'une part ; avec la muqueuse des trompes, d'autre part, l'endométrium était exposé aux contagions multiples dues à l'inflammation de l'une quelconque de ces membranes. Les glandes du corps et du col offrent, d'autre part, aux micro-organismes un refuge naturel où ils se développent à merveille, où ils se réfugient pour ainsi dire. Aussi, les traitements de la métrite

ne sont-ils devenus efficaces que depuis que les chirurgiens détruisent, par le curetage ou les caustiques, la muqueuse malade.

Certains auteurs attribuent aussi une importance considérable au défaut de drainage naturelle de la cavité utérine. Les liquides septiques peuvent y être retenus, y séjourner plus ou moins longtemps et se trouver ainsi d'autant plus exposés à l'absorption. Les causes de cette rétention des liquides dans l'utérus sont multiples. Il faut placer en première ligne les déviations utérines, qu'elles soient antérieures ou consécutives à la métrite ; les atrophies spasmodiques ; enfin, les végétations polypôides, qui peuvent obturer l'isthme, former une sorte de soupape et provoquer l'écoulement intermittent des sécrétions.

A côté de ces conditions anatomiques, il faut placer certains états physiologiques non moins favorables au développement de l'inflammation.

La menstruation paraît ici jouer un rôle considérable en provoquant dans l'organe un travail perpétuel. Il est difficile, en effet, de penser que les conditions circulatoires de la période menstruelle soient plutôt favorables que défavorables à la cure de la métrite. La muqueuse utérine, œdématiée, congestionnée en activité physiologique très intense, offre aux agents infectieux un terrain des plus favorables à leur développement.

Enfin, les grossesses répétées sont encore une cause puissante de métrite, surtout lorsqu'elles ne sont pas séparées par un intervalle assez long pour que l'utérus ait eu le temps de reprendre ses dimensions physiologiques et normales avant d'être fécondé de nouveau.

CHAPITRE IV

Le début de l'endométrite du corps de l'utérus est essentiellement insidieux. Il est rare que l'endométrite débute par une période aiguë : le plus souvent c'est, nous l'avons dit, longtemps après un accouchement ou un avortement que les malades se décident à consulter un médecin pour des accidents qu'elles-mêmes cependant font remonter à la date de leur accouchement. Cette métrite s'est installée progressivement à la suite d'une couche mal soignée ; elle est le terme d'une infection puerpérale atténuée, et, nous l'avons vu, c'est de beaucoup le cas le plus fréquent.

Le premier symptôme qui apparaît est la douleur. Elle débute, en général, par la région lombaire et s'irradie dans tout l'abdomen. Un autre point douloureux siège à l'hypogastre ; il est constant et se révèle facilement par la palpation. Enfin, on trouve quelquefois un point douloureux à la symphyse sacro-coccygienne.

Les malades se plaignent de pesanteur dans le bassin, avec irradiations diverses ; douleurs dans les cuisses se continuant vers les genoux. Ces douleurs s'exaspèrent par la marche, la fatigue, les rapports sexuels et toutes les causes qui impriment des secousses à l'utérus.

La douleur est, en général, sourde, contusive, mais parfois elle revêt la forme d'élançements qui suivent le

trajet des nerfs. En général, les douleurs de la métrite ne sont pas continues, elles présentent des exacerbations qui coïncident le plus habituellement avec l'apparition des règles et souvent même elles ne se montrent que pendant la période menstruelle qui est plus ou moins perturbée par le fait de la phlegmasie utérine.

Cette perturbation de l'écoulement ménstruel est aussi un symptôme important. Les règles sont beaucoup plus abondantes, elles durent plus longtemps et avancent de quelques jours chaque mois ; parfois, elles donnent lieu à de véritables métrorrhagies, de sorte que les époques sont de plus en plus rapprochées et les pertes presque continuelles, à ce point que les malades finissent par être, comme elles le disent elles-mêmes, « continuellement dans le sang. »

Dans l'intervalle des règles, c'est plutôt un suintement sanguinolent qu'une véritable hémorrhagie ; mais, aux époques cataméniales, la perte devient plus abondante, le sang coule à flots ; il y a des caillots dont l'expulsion difficile sollicitant des contractions utérines douloureuses s'accompagne de nausées et de vomissements. Enfin, la perturbation des règles peut, dans quelques cas rares, devenir telle que les malades sont dans l'impossibilité la plus complète de reconnaître la date à laquelle elles doivent apparaître.

Parfois, au contraire, les règles diminuent ; elles deviennent moins abondantes, et à la suite de ces règles peu abondantes, mais en général très douloureuses, on peut voir les malades rendre des membranes blanchâtres

constituées soit par des caillots fibrineux, soit par des lambeaux exfoliés de la muqueuse utérine.

Du côté des voies digestives, on observe des troubles fonctionnels multiples. L'appétit se perd, devient capricieux ; les malades éprouvent du dégoût pour certains aliments. Les digestions se font mal et s'accompagnent de ballonnement du ventre. La constipation est fréquente, elle peut alterner avec la diarrhée ; la miction est souvent douloureuse.

Bientôt la malade s'affaiblit, perd ses forces, maigrit ; le visage prend une teinte terreuse particulière ; les traits sont tirés, les paupières brunâtres, les yeux battus, cernés ; c'est le facies utérin.

L'examen direct de l'organe fournit pour le diagnostic des signes non moins précieux. La percussion permet rarement de déterminer la situation de l'utérus plus ou moins élevé au-dessus de la symphyse pubienne ; on y arrive mieux par la palpation combinée avec le toucher.

La palpation dénote une température plus élevée de la région hypogastrique et, parfois, réveille la douleur en ce point.

Le toucher permet de reconnaître des déviations utérines et fréquemment révèle un col plus gros qu'à l'état normal pour peu que celui-ci participe à la phlegmasie du corps. On a alors un col gros situé plus bas qu'à l'état normal, un col en massue ou en battant de cloche. Le toucher permet aussi d'explorer les culs-de-sac, de reconnaître qu'ils sont souples. Combiné au palper, il permet d'apprécier d'une façon assez exacte le volume de l'utérus

souvent douloureux dans cette manœuvre, quoique très mobile en apparence. Le toucher permet encore de reconnaître l'état du museau de tanche, mais d'une façon moins complète que par l'examen direct au spéculum.

Le cathétérisme fournit aussi de précieux renseignements. Nous savons que la cavité utérine est notablement agrandie, aussi le cathéter qui, à l'état normal, ne pénètre que de 6 centimètres $1/4$, peut aller dans la cavité utérine jusqu'à 6 centimètres, 7 $1/2$, 8 et même 9 centimètres. Au-dessus de ce chiffre, la métrite serait presque toujours due à la présence de fibromes dans le parenchyme. Mais si le diamètre vertical est agrandi, les autres ne le sont pas moins ; aussi est-il possible d'imprimer au cathéter des mouvements plus ou moins complets de rotation sans que le bec soit arrêté par les parois. On arrive ainsi avec une certaine habitude à se rendre un compte exact de l'agrandissement de la cavité et, par suite, à mesurer la quantité de caustique qu'il faudra introduire. L'isthme élargi laisse facilement jouer le cathéter ; il est même, parfois, difficile d'apprécier d'une façon exacte l'endroit où siège cet isthme et de déterminer les dimensions respectives de la cavité du corps et de celle du col ; ce point est, cependant, important à fixer, puisque systématiquement nous n'avons agi que sur la cavité du corps.

Certains auteurs croient pouvoir reconnaître avec le cathéter les points malades, apprécier nettement les fongosités, le ramollissement, la sensibilité pathologique de la muqueuse utérine. Cette pratique nous a paru très dé-

licate et demander une éducation rare du toucher. Il paraît plus facile dans ces cas d'agir avec la curette, qui ramènera quelques débris de muqueuse. Il est exceptionnel que le cathétérisme soit impossible. L'obstacle alors est dû le plus souvent à une déviation utérine ou à un polype. Lorsque dans un cas d'endométrite le cathéter a pénétré difficilement, il n'est pas rare de voir, lorsqu'on le retire, s'écouler un flot de pus retenu dans la cavité utérine ; c'est aussi dans ces cas que l'on peut voir des écoulements intermittents dont nous aurons à parler tout à l'heure.

L'application du spéculum est, en général, facile et peu douloureuse. Cet examen permet de constater l'état du col, son augmentation de volume déjà notée par le toucher ; les cicatrices plus ou moins nombreuses dues aux accouchements antérieurs ; l'ectropion de la muqueuse cervicale, les granulations et les ulcérations dont elle peut être le siège. On sait quelle part importante fut faite autrefois à ces ulcérations que l'on ne considère plus aujourd'hui que comme des accidents secondaires, justiciables d'un traitement quelconque dès que l'endométrite sera guérie, guérissant même spontanément, dans nombre de cas, dès que l'état de la muqueuse a été amélioré.

Le col est en général violacé, plus ou moins déformé comme nous l'avons déjà vu.

Mais le renseignement important entre tous fourni par le spéculum porte sur la nature de l'écoulement. On voit en effet sourdre de l'orifice externe un liquide muco-pu-

ruent d'aspect et de composition très variable suivant les cas. Les caractères de cet écoulement sont importants à bien déterminer car ils peuvent contribuer à distinguer la métrite du corps de celle du col. L'écoulement fourni par la muqueuse du corps de l'utérus enflammé est purulent; constitué par un liquide beaucoup plus dense, influent moins visqueux que celui qui provient du col; ce liquide est presque toujours strié de sang à ce point que Bennett a pu dire non sans raison que l'écoulement sanguinolent est à la métrite ce que le crachat teint de sang est à la pneumonie. Ce liquide contient des globules purulents en grande quantité et quelques globules sanguins. Ce liquide peut parfois s'accumuler dans la cavité utérine, retenu par une flexion de l'organe, par une atrésie spasmodique, par un polype formant soupape. On a alors l'écoulement intermittent dont il serait peut-être téméraire de faire un signe patognomonique de la salpingite.

Le liquide fourni par la cavité du col est au contraire visqueux, très épais et cette viscosité le distingue facilement du précédent. Sa réaction est alcaline, et au contact du mucus-acide du vagin, il prend la teinte blanchâtre de l'albumine qui se coagule.

Il est donc possible de distinguer par l'écoulement seul le siège de la lésion. Dans l'endrométrite totale les deux écoulements sont simultanés mais se confondent rarement. On a au centre un bouchon gélatineux formé par les sécrétions du col entouré d'une couche de liquide plus tenu due au mucus fourni par la muqueuse du corps.

Schultze pour assurer d'une façon plus complète le diagnostic a imaginé de recouvrir le col d'un tampon d'ouate hydrophile fortement imbibée d'une solution de tannin et de glycérine à 20 ou 25 0/0. Ce tampon est solidement appliqué dans les culs-de-sac vaginaux préalablement nettoyés avec soin, de façon à recouvrir le col tout entier. La glycérine dont le tampon est imbibé absorbe l'eau dans les parties qu'il touche; les éléments qu'il fournit ne sont pas entraînés au-delà des parties qui sont ainsi recouvertes par le tampon. Quand après vingt-quatre ou quarante-huit heures le tampon est enlevé, on trouve sur la partie qui recouvrait un col sain un globule du mucus cristallin de la cavité cervicale. Si le col est atteint d'une irritation catarrhale au-dessus de l'orifice externe, on trouve sur le tampon, outre le globule cristallin dont nous avons parlé, du pus qui s'est écoulé de l'orifice externe. Le pus recueilli de l'orifice utérin peut provenir du col ou du corps; aussi n'est-ce pas par le pus lui-même, mais par les éléments qui l'accompagnent que Schultze affirme son diagnostic.

La valeur du tampon index de Schultze a été diversement apprécié par les auteurs, n'ayant jamais vu ce moyen employé nous nous contenterons de le signaler.

Il faut encore noter comme moyen de diagnostic l'exploration de la cavité utérine à l'aide de la curette. Ce curetage explorateur permet de ramener des débris de muqueuse dont l'examen direct ne laisse plus de doute sur la nature et sur le siège de la lésion.

La marche de l'endométrite est des plus lentes tant à

son début qu'à sa période d'état : jamais elle ne rétrocede sans intervention ; tout au contraire elle est journellement progressive.

La durée est absolument corrélative de la marche, et il n'est pas rare de voir des malades atteintes d'endométrite totale depuis quatre ou cinq ans et plus.

La terminaison peut être la guérison si l'on intervient par la curette ou les caustiques, mais livrée à elle-même l'endométrite s'aggrave, elle étend ses ravages jusqu'au muscle utérin et finalement se transforme en métrite parenchymateuse. Sans aboutir à cette dernière terminaison, l'endométrite est souvent la source de complications. Souvent elle est le point de départ de salpingites et de salpingo-ovarites suppurées, que la propagation se fasse directement par la continuité des muqueuses ou indirectement par les voies lymphatiques. On peut encore observer : des phlegmoses du ligament large, des pelvi-péritonites aiguës qui se généralisent ou qui passent à l'état chronique et immobilisent l'utérus, au milieu de leurs néomembranes, en le rendant impropre à la conception.

En dehors même de toutes ces complications, la stérilité est la règle dans l'endométrite totale, et il est logique de reconnaître qu'il n'en peut guère être autrement avec une muqueuse utérine malade et incessamment modifiée par les métrorrhagies et la suppuration.

CHAPITRE V.

Depuis quelques années, le traitement des maladies utérines a été complètement bouleversé, et à bien juste titre il faut le dire, car la thérapeutique ancienne se bornait à quelques applications de glycérine, de teinture d'iode, et surtout au repos dont on attendait merveille. Le nombre même de ces traitements prouve surabondamment l'impuissance de cette thérapeutique. C'est qu'autrefois l'utérus était, avec raison, chose défendue aux instruments du chirurgien, inconsciemment septique. Aujourd'hui, l'aseptie a fait table rase de ces préceptes anciens et autorisé toutes les audaces. On suture, on taille, on rogne le col de l'utérus, on dilate, on cure la cavité utérine, on la touche du doigt : on la regarde au spéculum, on se comporte avec elle comme avec tout organe accessible à condition que cet organe soit rendu préalablement aseptique, c'est-à-dire chirurgicalement propre.

Nous passerons donc rapidement en revue les divers traitements plus ou moins en vogue autrefois contre l'endométrite chronique, pour arriver rapidement aux traitements actuels le curetage et la cautérisation par le crayon au chlorure de zinc.

L'expectation est un moyen commode et peu assujettissant mais on en est encore à compter ses succès. C'est

qu'en effet, nous l'avons vu, l'endométrite n'a aucune prédisposition à la guérison spontanée, c'est au contraire une affection essentiellement chronique et qui se prolonge des années. Abandonnée à elle-même, elle peut rester stationnaire ou plus fréquemment augmenter peu à peu d'intensité. On cite des guérisons au temps de la ménopause, c'est une heureuse terminaison, elle est rare.

On associe en général au repos, la méthode narcotique qui a le grand avantage de supprimer l'élément douleur. Les narcotiques n'ont aucune action directe sur l'affection elle-même mais ils sont toujours utiles et nous les retrouverons associés à tous les traitements dont ils sont un adjuvant indispensable.

La méthode antiplogistique a eu aussi sa période de faveur; c'est surtout aux émissions sanguines locales que l'on s'est adressé, et elles sont encore mises fréquemment en usage. Les émissions générales aussi ont été employés, mais nous ne croyons pas qu'il en soit encore question.

Les injections vaginales ne sauraient constituer un traitement; leur action s'exerce uniquement sur la muqueuse du vagin; elles ne modifient point les lésions de la muqueuse utérine. Elles ont du moins un avantage, celui d'apporter un auxiliaire puissant au traitement, en assurant l'aseptie du vagin et des culs-de-sac. Les substances les plus diverses ont été employées en lavages vaginaux: on s'adresse tantôt aux émollients, tantôt aux astringents. La guimauve, le pavot, les feuilles de noyer,

le ratauhia, la noix de Galle, le sous-acétate de plomb, sont tour à tour en usage. Enfin, dans ces dernières années, on a eu recours à tout les antiseptiques connus, acide phénique, acide borique, sublimé, biiodure de mercure naphtol.

On a employé tantôt l'eau chaude, tantôt l'eau froide. Les injections chaudes à 45° qui ont prévalu, ont un grand avantage, car elles ont sur le tissu utérin une action antiphlogistique remarquable.

Tous les caustiques depuis les plus énergiques jusqu'aux plus légers ont été employés dans le but de provoquer sur l'utérus chroniquement enflammé une révolution plus ou moins énergique.

Au nombre de ces caustiques il faut placer en première ligne le fer rouge, surtout employé dans la métrite du col bien plus que dans celle du corps. C'est un moyen souvent efficace, mais qui n'est pas toujours exempt de danger. Tufier, dans la *Revue de chirurgie* de 1883, signale un cas d'infection septique généralisée et suivie de mort provoquée par les pointes de feu pratiquées sur le col d'une malade chez laquelle des phénomènes de métrite avaient existé et s'étaient amendés par le repos.

On peut aussi introduire dans l'utérus des substances caustiques, soit en solution, soit sous forme de bâtonnet. La plupart des corrosifs chimiques ont été employés : les acides acétiques, pyroligneux, phénique, le nitrate acide de mercure, le perchlorure de fer, le tannin, l'alun, la créosote, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, le chloral et tant d'autres comptent des succès.

De tous les topiques la teinture d'iodee st peut-être la plus usité. On l'emploie soit pure, soit sous forme de solution d'iode iodurée.

En cas de congestion trop forte, Aran appliquait à la surface du col deux ou trois couches de collodion eautharidé ; au bout de dix à douze heures, on observait de la vésification, l'épithélium tombait, il se faisait un écoulement séreux. Cette méthode nécessitait un repos assez long et déterminait parfois de la cystite et de la vaginité.

L'azotate d'argent est fréquemment employé, soit en solution concentrée soit en crayons ; mais ceux-ci ont l'inconvénient grave de fuser avec une grande facilité de telle sorte que l'on est exposé à cautériser des parties que l'on aurait voulu épargner.

De Sinety donne la préférence à l'acide chromique employé avec quelques précautions indispensables, sans lesquelles il peut devenir dangereux.

Porter l'acide sur le point à cautériser à l'aide d'un peu d'ouate enroulée à l'extrémité d'une petite tige de bois, avoir soin que la quantité de liquide soit juste suffisante pour ne pas s'écouler au-delà de la région sur laquelle on veut agir, et faire immédiatement après une injection à grande eau, qui entraîne tout ce qui pourrait rester.

Pour Schrøder l'acide chromique est dangereux et peut provoquer des intoxications.

L'acide nitrique fumant porté dans le canal cervical sur un petit tampon de coton fixé à l'extrémité d'une

sonde utérine, produit une eschare qui tombe au bout de quinze jours. Mais l'acide nitrique est d'une application très difficile.

Il faut pour le porter dans la cavité du corps de l'utérus que le col soit largement dilaté. On peut alors le protéger, soit à l'aide d'un petit spéculum, soit mieux à l'aide d'une grosse sonde.

Cordes de Genève qui a employé ce mode de traitement a obtenu deux guérisons sur trois. La femme qui n'a pas guéri a abusé trop tôt du coït après la cautérisation. L'auteur préfère l'acide nitrique à la curette dans la plupart des cas.

Le chlorure de zinc a été employé, soit en solution, soit en bâtonnets. Les solutions étaient faites à des titres variables. Elles sont rarement employées maintenant et remplacées par le bâtonnet dont nous nous occuperons plus loin.

Nous arrivons maintenant au traitement chirurgical celui qui à l'heure actuelle paraît réunir le plus grand nombre de partisans, nous voulons parler du curetage.

Ce fut Récamier qui, le premier, en 1846 préconisa le curetage de l'utérus pratiqué à l'aide de la curette mousse qui porte son nom.

Pendant dix ans cette opération fut pratiquée par des chirurgiens et quelques gynécologues ; mais elle ne tarda pas à succomber sous le poids des méfaits qui lui furent imputés.

L'année 1872 marque une ère nouvelle dans l'histoire du curage qui ne tarde pas à être définitivement adopté

en Allemage. Après de longues pérégrinations à travers le monde il revint en France il y a cinq ans environ. Il y trouva d'ardents défenseurs en tête desquels il convient de citer M. Doleris. A l'heure actuelle il compte de nombreux partisans, grâce aux pratiques de l'antiseptie.

Disons toutefois que le curage n'est pas exempt de quelques dangers, et que, un certain nombre d'auteurs pensent que cette pratique doit être réservée à un nombre de cas restreint.

M. A. Guérin pense que le curage n'est nécessaire que dans les cas de fongosités. Pour lui le manuel opératoire n'est pas inoffensif. En abaissant l'utérus, on peut ouvrir avec la pince à griffes un des vaisseaux lymphatiques et avoir un adéno-phlegmon juxta-pubien comme il en a observé un exemple.

L'endométrite simple ne réclame pas une opération qui est d'autant plus dangereuse que l'inflammation est plus récente. C'est qu'en effet l'aseptie de la cavité utérine est bien difficile à obtenir et M. Bouilly lui-même a dû citer quelques cas de salpingo-ovarite consécutives au curetage.

En somme le curetage est une excellente opérantio ; mais il ne semble pas qu'il soit absolument indispensable dans tous les cas d'endométrite.

CHAPITRE VI

Le chlorure de zinc a été depuis longtemps employé dans la thérapeutique utérine, mais c'était surtout en solution. Persuadé que ce caustique, dont il avait pu constater les bons effets dans le service de Malgaigne, était le meilleur, M. Dumontpallier rechercha un procédé d'application qui pût agir également sur tous les éléments de la muqueuse, assez puissamment pour détruire uniformément les fongosités et assez profondément pour atteindre les culs-de-sac glandulaires qui sont le refuge de l'inflammation muco-purulente, quelle qu'en soit la nature.

Brox (de Berlin) venait en 1888 de préconiser les solutions aqueuses de chlorure de zinc à parties égales; M. Dumontpallier utilisa ce traitement, mais n'obtint que des résultats incomplets. C'est alors qu'il substitua aux solutions aqueuses de Brox le chlorure de zinc employé à l'état sirupeux, qu'il obtenait en laissant s'effriter à l'air libre de la poudre de chlorure de zinc, qui, en absorbant l'eau de l'air ambiant, fournissait un liquide visqueux et absolument analogue, comme consistance et comme couleur, au sirop de gomme.

Les résultats obtenus furent meilleurs, mais cette nou-

velle méthode n'était pas exempte d'inconvénients ; le chlorure de zinc pouvait fuser dans le cul-de-sac du vagin et y déterminer des eschares ; le museau de tanche était souvent atteint dans sa lèvre postérieure, et les cautérisations étaient nécessairement de trop courte durée pour atteindre toutes les parties malades.

C'est alors que M. Dumontpallier eut l'idée d'utiliser pour les cautérisations intra-utérines la pâte de Canquoin.

Dans la première communication qu'il fit à l'Académie de médecine le 13 juin 1889, M. Dumontpallier exposa sa technique opératoire : lavage de la cavité utérine avec une solution antiseptique (acide phénique à 1 0/0 ou liqueur de Van Swieten) ; détermination exacte des dimensions de la cavité utérine et introduction dans l'utérus d'un crayon de chlorure de zinc répondant aux dimensions obtenues. Le crayon doit arriver au contact du fond de l'organe. On lave alors à nouveau le vagin de façon à enlever tout le caustique en excès et on applique dans le cul-de-sac postérieur un bourdonnet de coton hydrophile. Un autre bourdonnet porté sur l'orifice externe maintient le crayon *in situ*. D'ailleurs les contractions utérines développées peu après par la présence du caustique fixent celui-ci.

Cette méthode avait déjà donné alors d'excellents résultats, surtout dans l'endométrite hémorrhagique. Peu après l'introduction du crayon médicamenteux la perte de sang était supprimée. De même dans les variétés d'endométrite muco-purulente et pio-hémorrhagique l'écou-

lement a cessé rapidement. L'eschare produite par le caustique est en général formée au bout de 24 à 36 heures, et à ce moment il s'établit un écoulement séreux, puis muco-purulent, en aucun cas hémorrhagique.

L'eschare expulsée tantôt en bloc, tantôt en fragments est complètement éliminée au bout de 4 à 13 jours. La cicatrisation est accomplie après 9 à 15 jours. Le traitement est douloureux en général durant les 24 premières heures, et l'on voit apparaître la douleur tantôt immédiatement après l'application du caustique, tantôt deux heures après. Il y a eu quelques accidents, mais ils se sont bornés à de l'insomnie et à de la rétention d'urine.

Dans le rapport qu'il fit le 28 juillet sur ce mémoire, M. Polaillon apporta le fruit de son expérience personnelle et signala le danger des atrésies consécutives à ce traitement.

Depuis plusieurs années déjà l'auteur faisait usage des flèches de chlorure de zinc, et il en a obtenu les meilleurs résultats. Il insiste sur la longueur du crayon qui doit être plus grand que la cavité utérine, afin de se recourber au fond de la matrice. Cet excès de longueur a pour but de produire une cautérisation égale sur toute l'étendue de la muqueuse en accumulant une plus grande quantité de caustique dans les endroits qui sont le plus dilatés. Il insiste aussi sur l'épaisseur du crayon qui doit avoir 5 millimètres de diamètre dans les cas anciens et 1 millimètre à 2 millimètres $1/2$ dans les cas moins graves.

Le traitement institué par M. Thierry dans les observations qu'il a bien voulu nous communiquer et dans celles que nous avons recueillies dans son service, a été le traitement de M. Dumontpallier et de M. Polaillon; sauf en un point, capital il est vrai. Jamais le col n'a été traité par le chlorure de zinc : le crayon est introduit dans la seule cavité du corps; il y est maintenu par de petits tampons placés dans le col et si, après ce traitement, il y a encore de la métrite cervicale, elle disparaît le plus souvent à l'aide d'un traitement beaucoup moins énergique, tel que cautérisations à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

Dans les cas où il y a réellement métrite cervicale grave, on a recours au traitement chirurgical. Cette méthode a le grand avantage d'éviter d'une façon certaine les atrésies du col. Nous croyons avoir suffisamment insisté sur l'existence fréquente de la métrite du corps isolée ou compliquée d'un degré plus ou moins léger de métrite cervicale; nous n'y reviendrons pas, pour justifier l'opportunité de ce traitement.

Le traitement, avons-nous dit, est exactement celui de M. Dumontpallier et de M. Polaillon, sauf en ce qui concerne l'étendue de muqueuse cautérisée. Nous le décrivons néanmoins.

Après avoir conservé la malade au lit deux ou trois jours et avoir fait des injections vaginales fréquentes avec une solution de sublimé à 1/2000, de façon à assurer autant que possible l'asepsie du vagin; on pratique la dilatation du col.

Cette dilatation a toujours été faite avec des tiges de laminaire préalablement trempées dans l'éther iodoformé. C'est, en effet, le meilleur corps que l'on puisse employer ou du moins celui qu'il est le plus facile de rendre aseptique, car non seulement l'éther n'enlève pas aux tiges de laminaire leurs propriétés ; mais elles acquièrent même une certaine élasticité qui ne peut que rendre plus facile leur introduction dans le canal cervico-utérin.

Les autres corps employés, éponges, tupelo, sont difficilement rendus aseptiques ou perdent leurs propriétés et la dilatation rapide n'est pas exempte de dangers.

Cette application n'est pas douloureuse, sauf dans les cas où il existe quelque complication du côté des annexes. Nous verrons la même particularité se reproduire pour le crayon. Voici, du reste, ce qu'écrit M. Bouilly à ce sujet : « J'appelle en passant l'attention sur ce point : quand la dilatation faite avec une laminaire appropriée et avec les précautions antiseptiques ordinaires détermine une douleur prolongée dépassant quelques heures, il y a lieu de soupçonner quelque complication persistante et latente du côté des annexes. »

La laminaire est laissée en place 24 heures et si le lendemain la dilatation est suffisante, on introduit dans la cavité utérine un crayon de chlorure de zinc. Si la dilatation est insuffisante, on place une nouvelle tige de laminaire plus grosse.

L'ablation de la tige de laminaire n'est pas toujours une opération simple. Il arrive quelquefois que le fil qui retient la tige se rompt ou la coupe. C'est le plus souvent

lorsque la laminaire se trouve étranglée au niveau de l'isthme, et il est fort difficile de l'extraire dans ces cas.

Lorsque la dilatation est suffisante, on peut pratiquer la cautérisation.

On pratique de nouveau le cathétérisme pour mesurer la cavité du corps de l'organe. Nous avons déjà vu qu'il était parfois difficile de sentir l'isthme ; le plus souvent cependant on y arrive, surtout si l'on prend soin de pratiquer le cathétérisme avant la dilatation.

On fait ensuite un lavage intra-utérin avec une solution de sublimé à 1/2000, puis on nettoie la cavité utérine avec de petits bourdonnets de coton hydrophile fixés à l'extrémité de tiges d'acier. Pour éviter que le coton reste dans la cavité utérine, ces tiges sont pourvues à leur extrémité de petites entailles ou mieux d'un pas de vis sur lequel le coton enroulé se fixe facilement. Le métal dont elles sont composées en rend l'asepsie facile.

Ce nettoyage préalable a, dans la pratique, une importance considérable, car il importe que le crayon introduit entre en contact immédiat avec la muqueuse et n'en soit pas séparé par des liquides qui pourraient atténuer son action.

Les auteurs, du reste, sont unanimes pour recommander cette pratique.

Voici, en effet, ce qu'écrit M. Pajot : « J'absterge et je nettoie les cavités utérines avec le plus grand soin, ce qui assure la réussite, en permettant au caustique d'entrer en contact avec le tissu et non pas avec le mucus. »

Et ailleurs : « Il est une précaution indispensable si

l'on veut obtenir un résultat. Il faut absterger très soigneusement la muqueuse pour que la cautérisation de quelque façon qu'on la pratique; porte directement sur le tissu qu'elle doit modifier et non sur le mucus. »

Lorsqu'avec les bourdonnets de coton hydrophile on a enlevé tous les liquides que pouvait contenir la cavité utérine, on introduit un crayon de chlorure de zinc, de dimensions appropriées à celles de la cavité du corps de l'organe.

M. Thierry donne toujours au crayon la hauteur de la cavité; l'épaisseur varie. Comme M. Dumontpallier et M. Polaillon il emploie tantôt des crayons de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, tantôt des crayons de 2 à 3 millimètres seulement. Parfois même lorsque la cavité utérine est très grande, il emploie de petites plaques de pâte, de 3 millimètres d'épaisseur que l'on taille au moment même, de façon à leur donner une forme appropriée à chaque cas.

La formule de ces crayons est celle que M. Dumontpallier a donné dans sa communication du 15 mai 1890 à l'Académie de médecine.

Le crayon est composé d'une partie de chlorure de zinc pour deux parties de farine de seigle. Pour le préparer, on triture, dans un mortier de porcelaine, 20 grammes de chlorure de zinc sec que l'on réduit en poussière impalpable au moyen du pilon; on ajoute goutte à goutte un peu d'eau de façon à donner au mélange la consistance sirupeuse; puis, peu à peu, on laisse tomber dans le mortier 40 grammes de farine de seigle et l'on agite

sans cesse de façon à obtenir une pâte homogène ; cette pâte doit avoir la consistance du mastic de vitrier. On divise alors la masse en crayons du volume indiqué, et on soumet ces crayons à l'étuve, pour leur enlever leur mollesse et leur donner une élasticité qui permette de les infléchir sans les briser. Ainsi préparés ils pénètrent facilement dans le canal cervico-utérin, quelle que soit la direction de ce canal.

Lorsque le crayon est en place, c'est-à-dire dans la cavité du corps, on l'y fixe au moyen d'un ou de deux petits tampons de gaze iodoformée, placés dans la cavité du col, puis on place dans le vagin deux tampons de coton hydrophile. Tous ces bourdonnets sont attachés à des fils de soie. De cette façon, le caustique n'agit que sur la muqueuse du corps et n'atteint ni l'isthme ni la muqueuse cervicale. On est donc absolument à l'abri des atrésies.

M. Thierry pour obturer le col a essayé successivement le coton et la gaze ; il a donné la préférence à la gaze, qui se tasse moins et ne risque pas d'être expulsée prématurément comme le coton.

Après la cautérisation la malade est reportée dans son lit, et elle y est maintenue pendant une quinzaine de jours.

La douleur après l'application du crayon n'est pas un phénomène constant, ou du moins cette douleur est variable. Tantôt elle apparaît immédiatement après la cautérisation, tantôt une heure ou deux après. Elle peut durer quelques heures, un jour, rarement plus. Jamais nous

ne l'avons vue aussi violente que l'ont décrite certains auteurs et nous sommes toujours arrivés à la calmer, avec 2 centigrammes au plus de chlorhydrate de morphine, administrés en injections hypodermiques. Dans la plupart des cas ces injections ont été inutiles et il a suffi souvent de 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour assurer aux malades un repos complet. Pour nous assurer plus complètement de la façon dont était supporté ce traitement que l'on a été jusqu'à qualifier de barbare, nous avons demandé à toutes nos malades si elles s'y soumettraient volontiers une seconde fois le cas échéant, et nous avons toujours obtenu une réponse affirmative. La pâte de Canquoin, introduite dans la cavité du corps de l'utérus, ne provoque donc pas de douleur; nous ferons toutefois exception pour les cas où il existe quelque complication du côté des annexes. Dans ces cas en effet, le traitement de même que la dilatation est fort mal supporté. La cautérisation du col est-elle plus douloureuse? c'est ce qui paraît ressortir des observations publiées jusqu'ici.

Les suites de la cautérisation sont à peu près toujours les mêmes. Au bout de 48 heures l'eschare est formée et l'on peut alors enlever les tampons vaginaux.

Nous faisons alors des lavages, mais nous n'enlevons pas les petits tampons introduits dans la cavité cervicale. Ils tombent seuls ou sont expulsés en même temps que le crayon.

Le crayon plus ou moins déformé est expulsé du quatrième au douzième jour. Jamais il ne nous a été donné

de voir une eschare complète telle que la décrit M. Dumontpallier. La muqueuse est expulsée par fragments. Cette expulsion de crayon peut provoquer quelques douleurs que certaines femmes comparent vaguement aux douleurs de l'accouchement ; mais fréquemment ces douleurs manquent ; le crayon est expulsé sans que la malade y prenne garde, de sorte qu'il est parfois difficile de déterminer l'époque à laquelle il a abandonné la cavité utérine.

Vers le troisième jour après la cautérisation, on voit s'établir un écoulement séreux abondant qui bientôt devient séro-purulent ; nous pratiquons dès lors des injections vaginales qui du quatrième au sixième jour ramènent des débris grisâtres de muqueuse exfoliée.

Au bout de dix à douze jours cet écoulement cesse et tout rentre dans l'ordre. Au quinzième jour la malade est autorisée à se lever, elle est guérie.

Les règles reviennent en général à l'époque habituelle avec les caractères normaux qu'elles avaient avant le début de la maladie. Il arrive parfois qu'elles réapparaissent peu de jours après la cautérisation ; c'est une cause fréquente d'insuccès, d'où l'indication de pratiquer autant que possible la cautérisation dans les quelques jours qui suivent les règles.

L'examen de l'organe pratiqué après le traitement montre d'une façon constante une diminution notable du volume et de tous les diamètres de la cavité.

Parmi les reproches qui ont été faits au traitement par les crayons au chlorure de zinc, le plus grave est la production consécutive d'atrésie plus ou moins complète.

Dans son rapport de juillet 1889, M. Polaillon mettait en garde contre cet accident possible. Depuis, un grand nombre d'observations apportées par MM. Reynier, Routier, Quénu, Pozzi, Segond, etc., ont montré que cet accident était à craindre et M. Dumontpallier lui-même le redoute puisqu'il institue un traitement préventif à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent et de séances multiples de cathétérisme.

Est-il besoin de dire que ne cautérisant pas le col nous n'avons jamais observé d'accidents semblables bien qu'aucun traitement préventif n'eût été institué.

Nous avons vu que la douleur chez nos malades avait toujours été très tolérable.

Enfin on a encore reproché au traitement d'être une cause puissante de stérilité.

Cette objection a sans doute été faite un peu hâtivement car M. de Grandmaison dans un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* affirme avoir observé plusieurs fois la grossesse à la suite de cautérisations.

Parmi les observations que nous avons recueillies, deux de nos malades sont revenues à la consultation présentant des signes non équivoques de grossesse.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Docteur Thierry.

Endométrite compliquée de métrite parenchymateuse; deux cautérisations au chlorure de zinc ; amélioration.

Madame N..., 34 ans.

Règles venant à 12 ans pour la première fois, revenant régulièrement tous les 26 ou 27 jours, durant 3 jours, supprimées pendant 1 an à 14 ans après une scarlatine, viennent ensuite comme au début, s'accompagnant parfois de douleurs lombaires.

7 grossesses : 1 fausse couche à 4 mois, une seconde à 5 mois 1/2, puis 5 grossesses se terminant à terme.

Rien à noter dans les accouchements et suites de couches, sauf après le dernier, survenu il y a 3 ans, où les lochies ont continué sanglantes pendant plus de 4 semaines.

Madame N... s'est levée vers le 25^e jour, a présenté, peu à près, des accidents fébriles de nature indéterminée la condamnant à la chambre pendant près de 5 mois.

Août 1889. — Utérus en antéversion, très gros, dépassant le bord supérieur du pubis de 5 travers de doigts, large, épais, régulier à la surface, un peu douloureux à la pression. Le col est énorme, en massue ; le corps peu mobile, douloureux dans les mouvements qui lui sont imprimés ; le cathéter pénètre à 10 centimètres de profondeur ; son extrémité tourne facilement dans la cavité du corps ; sa surface

paraît régulière, ne présente aucune saillie appréciable. La cavité du col paraît avoir 4 centimètres de longueur. Sensibilité utérine très grande à cet examen ; leucorrhée abondante jaunâtre.

Ectopie rénale gauche.

Pesanteur, gêne douloureuse dans le bas-ventre, exaspérée par les mouvements, la marche ; douleur vers l'anus ; le périnée et le haut des cuisses.

Règles très abondantes pendant 7 ou 8 jours ; tranchées utérines à chaque époque, immédiatement avant et pendant les 3 ou 4 premiers jours.

Retour des règles tous les 26 ou 27 jours.

Règles venues pour la dernière fois le 11 octobre.

29 octobre. — Précautions antiseptiques habituelles, col difficilement ramené dans l'axe.

Tige de laminaire de 3 millimètres de diamètre introduite en grande partie dans la cavité cervicale et maintenu par 2 tampons vaginaux.

30 octobre. — Elargissement et allongement du col sans dilatation plus grande de l'isthme, introduction d'une nouvelle tige de laminaire de 4 millimètres de diamètre pénétrant profondément dans la cavité du col.

31 octobre. — Quelques coliques, dégagement assez difficile de la tige de laminaire, un morceau de pâte de Canquoin de 6 centimètres de long, de 6 millimètres de large est placé dans la cavité du corps et maintenu par de la gaze iodoformée dans le col et de l'ouate dans le vagin.

Coliques utérines vives calmées par un cataplasme laudanisé et une potion d'hydrate de chloral.

2 novembre. — Retour prématuré des règles le 1^{er} novembre dans l'après-midi, les tampons du vagin ont été enlevés,

la pâte de Canquoin est tombée dans le vagin. Les règles viennent abondamment pendant 8 jours.

13 novembre. — Introduction d'une tige de laminaire.

14 novembre. — Introduction d'un morceau de pâte au chlorure de zinc des dimensions ci-dessus indiquées.

16 novembre. — Ablation des tampons et de la gaze iodoformée.

23 novembre. — Expulsion de la pâte de Canquoin au 7^e jour.

Leucorrhée très abondante pendant près d'un mois.

Revue en janvier 90. L'utérus est encore gros, dépassant la symphyse pubienne d'un peu plus de 3 travers de doigt, peu douloureux à la pression, col volumineux, en massue, cathéter pénétrant à 8 centimètres $1/4$, peu de douleurs au toucher et pendant l'exploration.

Règles régulières moins abondantes que par le passé seulement pendant 8 jours. Leucorrhée cervicale également moins abondante. Douleurs sourdes dans le bas-ventre à la fin de la journée et dans les changements de position, nulles pendant les règles.

Etat général meilleur.

En septembre 1890. — L'amélioration persiste, les règles durent à peine 2 jours.

En résumé. Endométrite et métrite parenchymateuse remontant à plusieurs années ; sous l'influence de la cautérisation intra-utérine l'endométrite guérit, la métrite parenchymateuse persiste avec des symptômes atténués.

La cautérisation a été faite à une époque trop rapprochée des règles, les a fait avancer et a dû être recommencée pour cette raison.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Docteur Thierry.

Endométrite du corps et du col utérin, métrite parenchymateuse. — Catharre vésical. — Cautérisation à la de pâte Canquoin. — Amélioration notable.

Madame P... 33 ans.

Règles venant à 14 ans pour la première fois, régulières dans les premiers mois, se supprimant vers 15 ans 1/2 pendant une année, puis revenant tous les 26 jours chaque fois pendant 2 jours.

Mariée à 26 ans, au 2^e accouchement expulsion d'un enfant mort ; au 3^e inertie utérine, forceps ; au 4^e, à 29 ans, hémorrhagie utérine après la délivrance, douleurs vives dans le bas-ventre la condamnant au lit pendant 25 jours, probablement métrite puerpérale.

Depuis cette époque règles revenant tous les 15 jours, durant chaque fois près de 6 jours, abondantes, avec expulsion de caillots souvent assez gros. Leucorrhée entre règles, abondante, parfois venant à flots comme si un abcès s'ouvrait à l'intérieur selon l'expression de Mme P..., se supprimant alors pendant près de 24 heures pour revenir en suite ; écoulement jaunâtre, purulent, empesant le linge.

Douleurs habituelles dans le bas-ventre, les régions iliaque et sacrée, plus fortes à la fin de la journée et pendant la durée des règles, exaspérées par les mouvements, la marche sur un sol inégal.

Envies fréquentes d'uriner, chaleur pendant la miction,

douleur lors de l'émission des dernières gouttes d'urine : urines laissant déposer du pus par le refroidissement.

Plusieurs cautérisations du col au fer rouge ont été faites sans résultat.

Je la vois en février 1890. — L'utérus est volumineux, large, légèrement incliné du côté droit dépassant le bord supérieur de la symphyse pubienne de plus de trois travers de doigt ; douleur à la pression dans toute l'étendue de de l'organe ; plus vive au niveau du fond.

Le col utérin à gauche, est abaissé, gros ; l'orifice externe est légèrement entr'ouvert ; la lèvre postérieure présente une desquamation épithéliale, donnant lieu à une ulcération rouge, saignant au moindre contact. Le corps est lourd, peu mobile, douloureux à la pression et dans les mouvements qui lui sont imprimés. Rien dans le périmétrium.

Le cathéter utérin pénètre facilement dans la cavité du corps, à une profondeur de 9 centimètres $\frac{3}{4}$, dont 3 centimètres $\frac{1}{2}$ environ pour le col, la pointe tourne facilement dans la cavité considérablement agrandie. La pression réveille une douleur plus vive au niveau de l'isthme et du fond.

13 mars. — Huit jours après les règles, j'introduis une tige de laminaire de 5 millimètres de diamètre dans la cavité du col ; douleurs vagues dans le bas-ventre pendant plusieurs heures.

14 mars. — Introduction facile dans la cavité du corps d'un morceau de pâte de Canquoin de 6 centimètres de long, de 8 millimètres de large. Il est maintenu en place par de la gaze iodoformée placée dans le col ; deux tampons d'ouate antiseptique dans le vagin.

Douleurs assez vives, expultrices, calmées par un lave-

ment avec 20 gouttes de laudanum et 2 grammes d'hydrate de chloral.

15 mars. — Douleurs moins vives.

16 mars. — Les tampons placés dans le vagin sont enlevés.

17 mars. — Retour des règles dans la soirée d'hier, avancées par la cautérisation, se produisant 2 jours 1/2 après. La gaze iodoformée et le morceau de pâte de Canquoin sont tombés dans le vagin.

Les règles durent 3 jours. Après elles leucorrhée très abondante se prolongeant pendant une vingtaine de jours. La malade se lève vers le 15^e jour et rentre chez elle 3 jours après.

Fin avril. — Les règles sont revenues après 28 jours, ont duré 3 jours. Leucorrhée abondante pendant les 4 jours qui les suivent, puis diminuant de plus en plus de quantité.

Fin septembre. — Les règles reviennent maintenant régulièrement tous les 23 jours, durent 1 jour 1/2, sont abondantes seulement pendant les premières heures ; pas de caillots. Leucorrhée jaunâtre, glaireuse ou liquide, peu abondante, tachant à peine le linge. Douleurs vagues dans le bas-ventre après un exercice violent ou à la fin de la journée.

7 centimètres 1/4 de profondeur de la cavité utérine.

En résumé. — Amélioration très notable après la cautérisation à la pâte de Canquoin. Retour des règles tous les 28 jours, et non plus tous les 15 jours, elles durent 1 jour 1/2 et non plus 6, ne s'accompagnent plus de l'expulsion de caillots. La leucorrhée est peu abondante, le linge à peine taché, les douleurs sont très légères et permettent à la malade de s'occuper dans sa maison. Le catarrhe vésical a disparu. La cavité utérine a perdu 2 centimètres 1/2 de profon-

leur. Le résultat incomplet est certainement dû à la chute du caustique 2 jours 1/2 après son introduction par la venue prématurée des règles. Les malaises que Mme P... éprouve ne sont pas assez marqués pour recourir à une nouvelle application de pâte de Canquoin.

OBSERVATION III

due à l'obligeance de M. le docteur Thierry.

Endométrite post-puerpérale. — Cautérisation à la pâte de Canquoin. — Guérison rapide.

Madame Lucien E..., 24 ans.

Premières règles à 13 ans 1/2, revenant pendant la première année avec une avance régulière de quelques jours, très abondantes, puis irrégulières comme date, et comme quantité.

Anémie très accusée. Les marches un peu longues sont suivies de douleurs de reins et d'un écoulement sanguin pendant quelques jours.

Mariée à 22 ans, règles habituellement en retard et moins abondantes pendant les premiers mois du mariage.

Accouchement à terme en juin 1889; travail long, pénible; application de forceps dans l'excavation; accidents fébriles les troisièmes et quatrièmes semaines après l'accouchement attribués à l'état des seins; allaitement pendant 4 mois.

Règles revenant en août 6 semaines après l'accouchement, puis en novembre, le 3 janvier, le 20 janvier, le 3 février, durant chaque fois pendant 8 jours. Leucorrhée vaginale et utérine, très abondante, parfois sanguinolente.

Douleurs dans le bas ventre, les reins, les plis inguinaux dans toutes les positions sauf dans l'immobilité au lit; rapports sexuels très douloureux.

27 février 1890. — Utérus très gros, large, dépassant la symphyse pubienne de 3 travers du doigt, légèrement incliné à droite, régulier à sa surface, douloureux à la pression. Au cathéter utérin, 8 centimètres $3/4$ de hauteur des deux cavités; l'utérus est élargi, l'extrémité du cathéter tourne avec aisance dans la cavité du corps.

Déchirure profonde de la commissure gauche du col, occupant toute la hauteur de la portion vaginale, cicatrices multiples sur les lèvres antérieure et postérieure. Les mouvements imprimés à l'utérus sont douloureux. Les culs-de-sac du vagin sont libres.

Ecoulement abondant par le col, purulent ou muco-purulent, laissant des taches larges et nombreuses sur le linge. — Purgatif.

28 février. — Lavement avec 1 gramme de naphтол le matin.

Précautions antiseptiques habituelles, lavage de la vulve à l'eau de savon, à l'alcool, à la liqueur de Van Swieten, injection vaginale avec la même liqueur. Les parois du vagin et de la cavité sont nettoyées avec de l'ouate antiseptique.

Introduction d'une tige de laminaire de 4 millimètres de diamètre. Quelques tranchées utérines dans la journée.

1^{er} mars. — Introduction dans la cavité du corps d'un morceau de pâte de Canquoin de 4 centimètres $1/2$ de long de 5 millimètres de large, maintenu en place avec de la gaze iodoformée placée dans le col, deux tampons d'ouate dans le vagin.

Coliques comparables à celles du début de l'accouchement

pendant trois jours dans la soirée du deuxième jour elles ont été assez vives pour réclamer une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

3 mars. — Les tampons du vagin et du col sont enlevés, injections boriquées chaudes matin et soir.

7 mars. — Expulsion au sixième jour de la pâte de Canquoin.

13 mars. — Se lève pour la première fois, rentre chez elle le 17.

Revue en avril (le 2). Corps de l'utérus moins gros, dépassant le bord supérieur de la symphyse pubienne d'un travers de doigt, beaucoup moins épais.

Col moins entr'ouvert, corps mobile, non douloureux à la pression, 7 centimètres de hauteur des cavités utérines. Pas de leucorrhée, les règles sont revenues le 30 mars, ont été beaucoup moins abondantes.

Douleurs des reins seulement dans les changements de position.

J'ai eu de ses nouvelles en juillet. Les douleurs avaient disparu, les règles étaient moins abondantes qu'avant son mariage, l'état général et local était très satisfaisant.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le docteur Thierry.

Endométrite post-puerpérale. — Cautérisation à la pâte de canquoin. Guérison.

Madame B..., 26 ans,

Accouchée 2 ans 1/2 auparavant pour la première fois,

application du forceps au détroit inférieur après 20 heures de douleurs ; suites de couches normales ; Mme B..., se lève au 22^e jour après l'accouchement, retour de couche au 41^e jour.

Depuis cette époque, durée des règles de 7 jours au lieu de 5, une douzaine de serviettes salies en plus à chaque époque ; leucorrhée continuelle soit glaireuse, soit purulente ; douleurs dans le bas-ventre, les reins, les plis de l'aîne condamnant la malade à un demi-repos, empêchant toute promenade en voiture, toute course un peu longue.

Utérus volumineux, dépassant le bord supérieur de la symphyse pubienne de 4 travers de doigt, sensible à la pression surtout au niveau du fond, douloureux dans les mouvements qui lui sont imprimés, 9 centimètres de hauteur des cavités du corps et du col. Rien dans les annexes.

4 octobre 1889. — Sept jours après les règles, tige de laminaire dans le col.

5 octobre 1889. — Crayon de pâte de Canquoin long de 6 centimètres dans le corps de l'utérus maintenu à l'aide d'un tampon dans le col, de deux tampons dans le vagin.

Douleurs vives le 4 et le 5 au soir, injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, devenant intolérables le 6, calmées par l'enlèvement des tampons du vagin et du col.

Crayon tombant le 12^e jour, malade se levant le 18^e jour.

Revue en mai 1890. — Règles régulières pendant 5 jours, pas plus abondantes qu'avant la grossesse, pas de fleurs blanches ; utérus dépassant la symphyse pubienne de 2 travers du doigt ; 7 centimètres $1/4$ de hauteur des deux cavités ; à peine un peu de sensibilité [dans le ventre à la fin de la journée et à la pression du fond.

La voiture, l'exercice du cheval sont bien supportés.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le docteur Thierry.

*Endométrite. — Cautérisation à la pâte de Canquoin. —
Guérison.*

Madame D., 31 ans.

Méto-péritonite il y a un an, de cause inconnue, jamais de grossesse. Depuis cette époque, règles plus abondantes parfois avec perte, durant 5 jours, revenant régulièrement avec une avance de 4 ou 5 jours ; Leucorrhée muco-purulente également abondante.

Douleurs habituelles dans le bas-ventre, les reins, à la base du sacrum plus vives à la fin de la journée, pendant et après les règles, quelquefois sous forme d'accès douloureux condamnant la malade à l'immobilité. Utérus à 4 travers de doigt au-dessus du corps du pubis, légèrement incliné à droite.

3 avril 1890. — Introduction d'une tige de laminaire 5 jours après les règles.

Le 4 avril. — Crayon de pâte de Canquoin de 5 centimètres de long et 6 millimètres de large dans la cavité du corps, maintenu par des tampons dans le col et dans le vagin.

Douleurs légères sous forme de coliques utérines les 3, 4 et 5.

Expulsion de la pâte le 9^e jour, malade se lève au 15^e jour.

16 septembre 1890. — Les règles reviennent tous les 26 jours, pendant 4 jours, beaucoup moins abondantes. Leucorrhée pendant les 5 jours qui suivent les règles. Douleurs

légères dans le bas-ventre à la fin des règles, pas de crises douloureuses, utérus à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, indolore à la pression.

OBSERVATION VI.

due à l'obligeance de M. le Docteur Thierry.

Endométrite du corps et du col. Flexion du col rendant difficile l'accès de la cavité du corps. Pâte de Canquoin dans la cavité du corps. Guérison complète.

Madame L..., 31 ans, lymphathique. 1^{re} règles à 15 ans, régulières dès le début, tous les 28 ou 29 jours, pendant 4 jours s'accompagnant parfois d'une légère douleur dans la région inguinale droite; pas de leucorrhée dans l'intermenses-truation.

2 grossesses. Premier accouchement il y a 6 ans 1/2 à 8 mois, pneumonie à la fin de la grossesse, expulsion d'un fœtus vivant au 4^e jour de la maladie, accidents inflammatoires dans le bas-ventre quelques jours après l'accouchement. Retour de couches 5 semaines après. Second accouchement, il y a 5 ans à terme; rien à noter dans les suites de couches, se lève 10 jours après.

Madame L..., constate, 6 ou 7 mois après le second accouchement, que les règles étaient plus abondantes.

L'abondance de l'écoulement augmente peu à peu; depuis un an les règles sont devenues de vraies métrorrhagies nécessitant le repos au lit pendant quelques jours; leur durée est de 8 jours au lieu de 4. Leucorrhée très abondante entre les règles, continuelle, jaunâtre, purulente ou muco-purulente, amenant de la vulvite.

En même temps douleur sourde ; persistante dans le bas-ventre, plus vive pendant les règles, exaspérée par la marche, les courses en voitures.

Cautérisation du col au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, tampons imbibés de glycérine sans aucun résultat.

Je la vois en novembre 1889.

L'utérus est volumineux, son fond dépasse de trois travers de doigt le bord supérieur de la symphyse pubienne, douloureux à la pression ; pas de douleurs en dehors de l'utérus. Col utérin en arrière, sur la ligne médiane déchiré aux deux commissures ; l'orifice externe largement entr'ouvert laisse voir deux surfaces rouges, très granuleuses, appartenant aux parois de la cavité cervicale ; flexion en avant portant sur le col au-dessous de l'isthme et empêchant le cathéter utérin de pénétrer dans la cavité du corps. Corps de l'utérus en avant, dur, régulier, mobile, lourd, légèrement douloureux à la pression et dans les mouvements. Rien à noter dans les culs-de-sac ; ou dans les annexes.

Troubles de la santé générale, dyspepsie stomacale et intestinale, migraines.

2 décembre. — Plusieurs jours après la fin des règles, introduction d'une tige de laminaire à 8 centimètres $1/2$ dans la cavité du col ; le lendemain une nouvelle tige pénètre un peu plus profondément sans arriver jusqu'à l'isthme.

4 décembre. — Isthme difficilement accessible, introduction du dilatateur utérin de Pajot qui arrive dans la cavité du corps considérablement agrandie. Un morceau de pâte de Canquoin de 5 centimètres de long est introduit entre les valves du dilatateur ; laissé et maintenu dans la cavité du corps à l'aide d'un tampon d'ouate antiseptique remplissant la cavité cervicale ; deux gros tampons d'ouate placés dans le vagin fixent ce dernier,

4 et 5 décembre. — Quelques douleurs dans le bas-ventre, comparables à celles du début du travail de l'accouchement et bien supportables. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

7 décembre. — Ablation des 2 tampons du vagin, le tampon du col était en partie tombée dans le vagin.

9 décembre. — Chute de la pâte de Canquoin ramollie, étalée, avec quelques débris de muqueuse utérine le cinquième jour.

Leucorrhée très abondante jusqu'aux règles survenant le 17, peu abondantes, se lève le 22 et rentre chez elle le 24.

Amélioration progressive depuis cette époque.

Avril 1890, les règles durent encore 7 jours, abondantes seulement le premier jour, à peine marquées les jours suivants. Madame L..., salit 9 ou 10 serviettes en tout au lieu de 25 à 30. La leucorrhée a disparu sauf pendant la semaine qui précède les règles ou l'écoulement peu abondant est parfois rosé.

Les règles sont faciles, non douloureuses. Le fond de l'utérus dépasse la symphyse pubienne d'un travers de doigt, est indolore à la pression. Le col utérin est revenu sur lui-même, moins ouvert.

L'appétit est revenu, les digestions se font facilement. Les migraines ont disparu.

Revue en septembre 1890. — Les règles durent 5 jours, pas de leucorrhée, état général et local très satisfaisant

En résumé. — Redressement brusque du col, pâte tombant au 5^e jour, pas d'accidents dus à la cautérisation, amélioration progressive, guérison complète au bout de quelques mois sans autre traitement.

OBSERVATION VII.

(Personnelle).

Endométrite totale; cautérisation du corps au crayon de chlorure de zinc; ablation du col; Guérison.

Marie G..., 26 ans, confectionneuse, entrée le 24 janvier 1886 à l'Hospice-Général.

Cette malade est déjà venue il y a un an et demi environ pour endométrite.

Réglée à seize ans, régulièrement. Une seule grossesse il y a quatre ans; accouchement normal.

A la suite du traitement subi il y a un an, la malade a éprouvé une amélioration notable qui a duré environ huit mois; mais peu à peu les douleurs dans le bas-ventre ont reparu; et il y a trois mois la malade fut obligée de se mettre au lit pour une hémorrhagie abondante. L'écoulement sanguin n'a guère cessé depuis; plus abondant à l'époque des règles, et dans l'intervalle de celles-ci, tantôt noir, tantôt peu teinté.

Le palper révèle des points douloureux multiples; à la partie interne de la fosse iliaque gauche, à l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté, sur la ligne blanche à l'hypogastre.

La marche est devenue pénible, la malade accuse une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, sensation assez douloureuse pour l'obliger à garder un repos presque absolu.

Le col est dans l'axe, un peu gros. Le corps est mobile;

en latéro-version gauche; son fonds dépasse de trois travers de doigt la symphyse pubienne.

Les annexes sont indemmes.

En appliquant le speculum, on trouve un col gros, violacé, et par le museau de tanche s'écoule un mucus purulent strié de sang.

Le cathéter pénètre facilement dans la cavité utérine jusqu'à 8 centimètres et demi. Les diamètres transverse et antéro-postérieur sont aussi très agrandis car le cathéter peut facilement tourner dans la cavité utérine sans que le bec soit arrêté par les parois de l'organe.

27 janvier. — Dilatation du col à l'aide d'une tige de laminaire.

28 janvier. — Ablation de la tige de laminaire.

Le fil qui était attaché s'étant rompu, l'extraction est très pénible.

Antiseptie et nettoyage de la cavité à l'aide de bourdonnets d'ouate.

Introduction d'un crayon au chlorure de zinc de 4 centimètres de longueur et d'environ 5 millimètres de diamètre. Le col est obturé à l'aide d'un petit tanpon de coton hydrophile, maintenu en place par deux gros tampons placés dans le vagin.

Dans la journée la malade ne se plaint d'aucune douleur, non plus que les jours suivants :

Les tampons vaginaux sont enlevés au bout de quarante-huit heures, et le 2 février la malade expulse le crayon sous forme de disque aplati.

Les jours suivants la malade perd en abondance un mucus très purulent qui tache le linge sans l'empeser.

10 février. — Les règles apparaissent le 10 février en retard de quatre jours.

22 février. — L'examen pratiqué au spéculum permet de voir un col gros et violacé, par le museau de tanche s'écoule un liquide épais et visqueux produit évidemment par la muqueuse du col.

Le cathétérisme est facile, la cavité ne mesure plus que 7 centimètres 1½, soit un centimètre de moins et il est impossible d'imprimer au cathéter des mouvements de rotation.

28 février. — Evidement du col au bistouri hémostase au thermocautère; pansement au perchlorure de fer étendu d'eau à parties égales.

2 mars. — Ablation du pansement; hémorrhagie légère facilement arrêtée à l'aide d'une injection d'eau très chaude.

27 mars. — Sort guérie. Les règles sont revenues le 11 mars et n'ont duré que quatre jours. L'utérus est mobile, pas douloureux; sa cavité ne mesure plus que cinq centimètres et demi.

En somme, cette malade, à son entrée, était atteinte d'endométrite totale.

Une seule cautérisation au chlorure de zinc a suffi à guérir l'endométrite du corps; cette cautérisation n'a pas été douloureuse et un mois après la cautérisation, la cavité utérine avait notablement diminué. Le symptôme dominant l'hémorrhagie, a été immédiatement supprimé et les règles sont redevenues normales.

OBSERVATION VIII.

(Personnelle).

Endométrite chronique du corps, d'origine puerpérale, cautérisation au crayon de chlorure de zinc; guérison

Noémie P..., 23 ans, ménagère; entrée le 28 janvier 1890 à la salle 22 de l'Hospice-Général. Petite, brune, pas très robuste. Sur 8 enfants 4 frères et sœurs sont morts entre 6 et 15 ans. Elle-même a été plusieurs fois malade: fluxion de poitrine à 17 ans: fièvre mal déterminée à 18.

Réglée à 12 ans deux fois seulement; puis à 14 ans normalement en avance de quelques jours. Mariée à 23 ans. Aussitôt après, grossesse normale; puis une seconde grossesse à 26 ans. Quelques mois après cette grossesse suppression momentanée des règles, suivie d'un écoulement très abondant, une troisième grossesse n'arrive pas à terme, la malade accouche prématurément à 7 mois et demi le 29 avril 1889 c'est-à-dire il y a environ 10 mois.

Depuis cette époque, les règles viennent à époque fixe, mais durent de 10 à 12 jours. Pendant l'intermenstruation, écoulement muco-purulent très abondant. La marche n'est pas très pénible; le soir cependant la malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre. Douleurs fréquentes à la région lombaire; mixtion et défécation normales.

Au toucher on trouve un col de longueur normale, largement fendu; les deux lèvres sont déchirées et couvertes de granulations.

Le corps est un peu plus développé que normalement et douloureux surtout sur sa face antérieure.

En pratiquant l'examen avec le spéculum, on voit un col rouge, granuleux: par l'orifice s'écoulé un liquide séro-sanguinolent.

Le cathéter pénètre à une profondeur de 8 centimètres deux dixièmes; il est mobile dans tous les sens et on lui imprime facilement des mouvement de rotation, L'isthme très élargi ne permet pas de mesurer la hauteur réciproque des deux cavités.

30 janvier. — Tige de laminaire.

31 janvier. — Ablation de la tige, précautions antiseptiques habituelles; introduction d'un crayon de pâte de Canquoin de 4 centimètres $1\frac{1}{2}$ de longueur et de 5 millimètres de diamètre. Un tampon dans le col, deux tampons vaginaux.

Après l'application du crayon la malade n'éprouve aucune douleur, c'est seulement le lendemain et le surlendemain qu'elle se plaint un peu.

3 février. — Ablation des tampons; le tampon du col part avec ceux du vagin.

Les jours suivants pas de douleur, écoulement abondant qui n'empêse pas le linge.

22 février. — La malade se porte très bien; tout écoulement a disparu. La marche n'est pas douloureuse. La cavité utérine ne mesure plus que 7 centimètres $1\frac{1}{2}$. L'utérus n'est pas douloureux. Les règles attendues le 13 février n'ont pas paru.

En somme endométrite du corps datant de trois ans, ayant subi une aggravation très marquée par le fait de la dernière grossesse. Tous les symptômes sont amendés par la cautérisation; les hémorrhagies et l'écoulement cessent; la cavité utérine perd un centimètre; l'utérus revient sur lui-même et

n'est plus douloureux ; les douleurs lombaires disparaissent.

Une particularité est à noter ; l'absence des règles à l'époque qui suit la cautérisation ; mais il faut remarquer aussi que cette époque n'était éloignée que de 14 jours de l'application du caustique.

Nous avons revu cette malade en mai ; son état est excellent : elle ne souffre plus ; les règles sont revenues le mois suivant et, depuis, comme autrefois elles avancent de 4 jours chaque mois, mais ne durent que 5 jours au lieu de 10 ou 12.

OBSERVATION IX.

(Personnelle)

Endométrite totale. — Cautérisation du corps par le crayon au chlorure de zinc. — Amélioration. — Grossesse probable.

Marguerite C., 22 ans, domestique, entre le 9 février 1890, à la salle 22 de l'Hospice Général.

Réglée à 11 ans ; retard de 4 à 5 jours ; durée de 4 à 6 jours.

Depuis 10 mois, se plaint, d'un écoulement très abondant, sans inflammation de la vulve. Miction douloureuse surtout au début. Points douloureux à l'hypogastre et aux lombes.

Le col utérin est conique de longueur normale nullipare. L'utérus est mobile, mais douloureux.

La pression du canal de l'urèthre ne fait pas sourdre de pus. Vaginite catarrhale. Par le col écoulement visqueux entouré d'un liquide purulent moins dense, mais beaucoup plus abondant. Le col est gros, l'orifice externe légèrement entr'ou-

vert ; on trouve sur la lèvre postérieure une petite excoriation.

La cavité utérine mesure 7 centimètres $1/2$. Le cathéter est très mobile ; isthme peu élargi ; antéflexion très prononcée.

10 février. — Tige de laminaire.

12 février. — Précautions habituelles ; crayon de chlorure de zinc de 4 centimètres de longueur et 8 millim. d'épaisseur. Tampons dans le col et dans le vagin.

Pas de douleur après la cautérisation ; les tampons vaginaux sont enlevés au bout de 48 heures et le petit tampon du col est expulsé le 4^e jour.

28 février, soit 16 jours après la cautérisation tout écoulement a disparu. La pâte a été rejetée sans que la malade y prenne garde, il ne reste rien dans la cavité utérine qui ne mesure plus que sept centimètres.

Les règles revenues le 2 mars ne durent que 4 jours au lieu de 8.

Le 6 mars, est autorisée à se lever ; encore quelques douleurs aux lombes.

12 mars. — Encore un peu d'écoulement dû à un degré léger de catarrhe du col.

L'utérus n'est pas douloureux.

Sort en voie de guérison.

26 juin. — La malade revient à l'hôpital ; se plaint de souffrir de nouveau à l'hypogastre.

Les règles n'ont pas reparu depuis le 2 mars ; et l'examen complet montre un utérus développé ; long d'environ treize centimètres dépassant de quatre travers de doigt la symphise pubienne. La muqueuse du col et celle du vagin sont violacées ; les seins sont gros et douloureux, l'aréole mammaire large et contractile appartient à un segment de

sphère plus petite que le sein. Pas de troubles du côté des voies digestives. Grossesse très probable.

En somme nous avons affaire ici à une endométrite totale, d'origine mal déterminée. Le traitement n'a pas guéri l'endométrite du col, mais il a guéri le corps ; il a diminué l'abondance des règles, il a supprimé l'écoulement d'une façon presque complète et surtout loin de rendre la femme stérile, il l'a faite apte à concevoir.

OBSERVATION X

(personnelle)

Endométrite totale. — Cautérisation du col par le nitrate d'argent. — Cautérisation du corps par le crayon au chlorure de zinc. — Guérison.

Félicie R..., 24 ans, blanchisseuse, entrée à l'Hospice Général le 12 février 1890.

Premières règles à 11 ans, régulières d'emblée, très abondantes, irrégulièrement en avance ou en retard de 5 à 7 jours.

Il y a 18 mois, accouchement avant terme à 7 mois ; l'enfant meurt le troisième jour. — Accouchée chez une sage-femme ; cause de l'accouchement prématuré inconnue. Perte abondante après la délivrance qui se fit naturellement. Suites de couches mauvaises ; accidents inflammatoires légers. Rentre chez elle le dixième jour et se met au lit 48 heures après ; elle y reste trois mois avec des douleurs abdominales et lombaires, des vomissements qui persistent depuis.

Actuellement, les règles reviennent tous les 25 jours ; elles

sont moins abondantes qu'autrefois, mais ont une durée égale ; dans l'intervalle leucorrhée abondante surtout après la défécation.

Douleur vive à la région lombaire et à la partie antéro-externe des cuisses, s'exaspérant par la marche.

Au toucher, on trouve le col en arrière et à gauche, l'orifice externe est largement fendu des deux côtés ; granulations sur les deux lèvres, cavité cervicale fermée. Le corps en latéro-version droite dépasse la symphise pubienne ; il est mobile et douloureux à la pression. Les annexes sont indemnes.

En appliquant le spéculum on voit s'écouler du col utérin un liquide muco-purulent fourni à la fois par la muqueuse du corps et par celle du col. Sur les lèvres quelques petites ulcérations à fonds grisâtre.

Le cathéter pénètre de 8 centimètres dont 3 1/2 environ pour la cavité du col. Le bec du cathéter, très mobile dans la cavité utérine, exécute facilement des mouvements de rotation.

15 février. — Injection d'une solution de nitrate d'argent à parties égales.

6 mars. — Même état qu'à son entrée ; tige de laminaire.

8 mars. — Ablation de la tige. Introduction d'un crayon au chlorure de zinc de cinq centimètres de longueur et cinq millimètres de diamètre. Gaze iodoformée dans le col, tampons vaginaux.

12 mars. — Injection vaginale ; spéculum ; ablation de la gaze iodoformée et la pâte descend de l'utérus dans le vagin.

1^{er} avril. — L'écoulement qui s'est produit après la cauté-

risation a complètement cessé. La cavité utérine ne mesure plus que sept centimètres. Le cathéter peu mobile ne tourne plus dans la cavité. Le col est de nouveau cautérisé avec un crayon de nitrate d'argent mixte laissé à demeure.

Le 12 avril, sort absolument guérie.

Le 23 mai les règles reviennent normales et peu abondantes. La cavité utérine mesurée dans les jours qui suivent cette époque cataméniale a 7 centimètres $1/4$ de profondeur ; les autres diamètres ne sont pas agrandis.

En résumé endométrite totale d'origine puerpérale. Le crayon de chlorure de zinc a eu raison de l'endométrite du corps ; celle du col a cédé ensuite à une simple cautérisation au nitrate d'argent. La première époque menstruelle a manqué.

OBSERVATION XI.

(personnelle).

*Endométrite. Cautérisation au crayon de chlorure de zinc.
Guérison.*

Marie N..., 22 ans, domestique, entrée à l'Hospice général le 22 avril 1890.

Premières règles à 13 ans ; régulières pendant deux ans, puis irrégulières. Elles durent quatre ou cinq jours et sont abondantes.

Deux grossesses à terme.

Pneumonie double après le premier accouchement. Après le deuxième accouchement, retour des règles au bout de 35 jours, durent 15 jours.

Leucorrhée habituelle, glaireuse, parfois sanguinolente.

La malade accuse une douleur vague du côté gauche du bas-ventre.

Hystéricisme, anesthésie pharyngée, hémianalgésie gauche ; pas de troubles digestifs.

Toucher. — Col en arrière dans la concavité du sacrum. Orifice externe entr'ouvert. Lèvre antérieure presque nulle ; le col fait à peine saillie dans le vagin. Fonds de l'utérus à trois centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

Utérus mobile. Rien dans les culs-de-sac. La moitié gauche de l'utérus est douloureuse, exactement en rapport avec les points douloureux de la paroi abdominale.

La palpitation révèle un peu de douleur profonde le long du bord gauche de l'utérus.

Speculum. — Bouchon épais remplissant la cavité du col. Ecoulement séro-sanguinolent.

Ulcérations superficielles sur les deux lèvres du museau de tanche.

Le cathéter franchit facilement l'isthme, il pénètre à 8 centimètres $1/2$. Il est très mobile dans la cavité utérine. Tige de laminaire.

24 avril. — Pâte de Canquoin, 5 centimètres de long, 7 à 8 millimètres de largeur.

Gaze iodoformée dans le col, tampons vaginaux.

2 mai. — Issue de la pâte.

10 mai. — Tout écoulement a cessé.

12 mai. — Sort guérie.

OBSERVATION XII.

(personnelle).

*Endométrite due à la présence d'un fibrome. Métrorrhagie
arrêtée par une cautérisation au chlorure de zinc.*

Octavie M..., 44 ans, cuisinière. Entrée à l'Hospice général le 22 avril 1890.

Déjà venue plusieurs fois dans le service pour des métrorrhagies abondantes dues à la présence dans le parenchyme utérin d'une tumeur fibreuse bosselée, développée sur la face antérieure de l'organe.

Traitée déjà par l'électricité.

Entre pour métrorrhagie très abondante.

23 avril. — Cathéter, 9 centimètres.

Tumeur dépassant de cinq travers de doigt la symphyse pubienne mobile, peu douloureuse, rien dans les annexes.

L'hémorrhagie continue jusqu'au 2 mai malgré tous les moyens employés.

Ergot, injection d'eau chaude ou froide.

Electrisation.

6 mai. — Tige de laminaire.

7 mai. — Pâte de Canquoin. Tampons dans le col et le vagin.

9 mai. — Issue des tampons.

Ne sait pas quand la pâte est sortie.

4 juin. — Sort. Les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

La cautérisation a guéri le symptôme le plus alarmant,

l'hémorrhagie, dont aucun traitement ne pouvait se rendre maître.

OBSERVATION XIII.

(personnelle).

Endométrite. Issue prématurée du caustique. Echec.

Ludivine S..., 33 ans, fileuse. Entrée à l'Hospice général le 17 mars 1890.

Mère morte jeune.

Père bien portant.

Bronchite il y a six ans. Abscess du sein.

Réglée à 15 ans 1/2, irrégulièrement ; voyait de 5 à 6 jours.

Cinq grossesses à terme. Depuis la dernière grossesse, c'est-à-dire depuis trois ans, les règles sont venues plus abondantes et durent huit jours. Les suites de couches ont été normales.

Enfin depuis trois mois, hémorrhagie presque continuelle laissant à peine chaque mois 8 jours de calme pendant lesquels leucorrhée sanguinolente.

Toucher. — On sent en arrière, dans le cul-de-sac, une masse dure, de la consistance du tissu utérin. Le col est un peu en avant derrière la symphyse.

L'utérus est développé verticalement et dépasse la symphyse de deux travers de doigt.

Spéculum. — Leucorrhée abondante mais peu visqueuse.

Cathétérisme, 7 1/2. L'isthme n'est pas élargi, le cathéter peu mobile.

25 mars. — Tige de laminaire.

26 mars. — Ablation de la tige. Pâte de Canquoin. Gaze iodoformée. Tampons.

Le soir se plaint de souffrir. Injection de morphine.

Le lendemain les douleurs ne se reproduisent pas.

28 mars. — Règles, issue de la pâte.

Cavité, 7 centimètres. Les accidents se reproduisent.

24 avril. — Pâte de Canquoin (2^e application).

28 avril. — Vomissements, issue de la pâte suivie pendant quelques jours d'un écoulement fétide.

2 mai. — Cet écoulement cesse.

6 mai. — Cathétérisme, 5 1/4. Le cathéter n'est pas mobile.

28 mai. — Règles normales, 4 jours.

10 juin. — Sorti.

Cette malade est revenue en octobre 1890.

Tous les symptômes se sont reproduits ; c'est donc un échec dû probablement au trop court séjour de la pâte dans la cavité utérine.

OBSERVATION XIV.

(personnelle).

Endométrite. Cautérisation Guérison.

Célestine L..., 29 ans, domestique. Entrée à l'Hospice général le 13 mai 1890.

Elle est déjà venue deux fois dans le service : la première fois pour suite de couches, elle y est restée trois mois en décembre 1887 (sangsues, pointes de feu, vésicatoires) ; la

deuxième fois en avril 1889 pour l'affection qui la ramène.

Réglée à 20 ans, régulièrement, en avance de 2 ou 3 jours ; durée 6 jours.

Deux enfants à terme ; après le deuxième accouchement qui fut normal, suites mauvaises (1887).

Il y a un an, vient pour douleurs abdominales, leucorrhée et métrorrhagies. Cautérisations à la teinture d'iode et à l'acide phénique. Sort guérie.

Etat actuel. — Leucorrhée continuelle, règles deux fois par mois, depuis février, identiques aux règles normales.

Douleur dans la région iliaque gauche, surtout quand elle travaille ou quand elle marche ; besoins fréquents d'uriner, urine normale. Le ventre est très développé, la peau sensible.

Anesthésie pharyngée, troubles de la sensibilité à l'épingle.

Toucher. — Col à gauche, lèvres antérieures ramollies ; orifice externe fermé.

L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres. Corps ne paraît pas volumineux, pas douloureux.

Spéculum. — Col gros, violacé, leucorrhée muco-purulente.

Cathétérisme, 8 1/2. Pas trace d'isthme. Cathéter très mobile.

21 mai. — Tige de laminaire.

23 mai. — Pâte de Canquoin, gaze iodoformée, tampon.

26 mai. — Issue de la pâte.

30 mai. — Règles à l'époque (avait vu le 3 mai), ne durent que 2 jours 1/2 ; d'ordinaire duraient 5 jours.

10 juin. — Sort guérie. Cavité 6 1/2. Cathéter pas mobile.

OBSERVATION XV.

(Personnelle).

Endométrite. — Caulérisation. — Guérison.

Elise B..., 40 ans, débitante, entrée à l'Hospice Général, le 28 avril 1890.

Réglée à 15 ans, régulièrement tous les mois ; durée 3 jours.

Une seule grossesse à 22 ans ; accouchement à terme, suites normales.

Les accidents n'auraient débuté que il y a deux ans ; depuis cette époque, les règles sont devenues plus fréquentes et plus abondantes. Elles reviennent maintenant tous les 20 jours et durent de 8 à 10 jours. Leucorrhée continuelle qui tache le linge en jaune.

Le col utérin est dans l'axe, le corps est gros et dépasse la symphyse pubienne de trois travers de doigt. L'utérus est mobile, mais le moindre déplacement provoque de la douleur.

En appliquant le spéculum, on trouve un col gros et violacé ; par l'orifice externe, qui est normal, s'écoule un liquide muco-purulent teinté de sang.

La profondeur de l'utérus est de 9 centimètres dont 3 1/2 seulement pour le col. Le bec duc atheter tourne très facilement dans la cavité utérine ; il revient couvert de sang.

1^o mai, — Tige de laminaire.

2 mai. — Introduction d'un crayon au chlorure de zinc de cinq centimètres 1/2 de long, et de 4 millimètres d'épaisseur. Gaz iodoformée dans le col : tampons vaginaux.

4 mai. — Ablation des tampons vaginaux.

8 mai. — Issue de la pâte et du petit tampon de gaze iodé-formée placé dans le col.

30 mai. — Tout écouiement a cessé; la malade se lève depuis 8 jours sans éprouver aucune douleur; l'utérus ne mesure plus que 9 centimètres de profondeur; son volume a notablement diminué.

Les règles sont revenues le 25 mai en retard de 12 jours et n'ont duré que 5 jours.

2 juin. — Sort guérie.

En résumé, endométrite du corps avec règles abondantes et fréquentes. L'application du caustique n'a pas été douloureuse et a donné un résultat excellent.

OBSERVATION XVI.

(Personnelle).

Endométrite du corps; cautérisation; guérison; grossesse probable.

Alexandrine B..., 23 ans journalière, mariée. Entrée à l'Hospice Général, le 10 juin 1890.

Parents morts jeunes.

Une sœur bien portante.

A été soignée à l'Hôtel-Dieu il y a environ trois ans pour une affection indéterminée (2^e grossesse).

Réglée à 16 ans régulièrement.

Mariée à 19 ans. — Depuis son mariage retard variable.

3 enfants, savoir : 1^{er} à 20 ans.

2^e à 21 ans.

3^e il y a 14 mois.

Entre par ce qu'elle souffre dans le ventre. La marche augmente cette douleur qui disparaît par le repos.

Après le dernier accouchement, suites pénibles ; douleurs vagues qui ont augmenté depuis 3 mois et ont obligé plusieurs fois la malade à garder le lit.

Dernières règles au commencement de mai, serait à l'époque de ses règles.

Entre les époques, leucorrhée peu abondante qui tache la chemise en jaune.

Toucher. — Col à gauche, lèvres granuleuses. — Utérus très mobile, corps à gauche, fonds à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse, face antérieure régulière, un peu douloureuse au toucher ; culs-de-sac libres.

Douleur vive le long du bord gauche de l'utérus

Spéculum. — Cathéter très mobile.

Isthme élargi.

Profondeur 8 1/2.

11 juin. — Tige de laminaire.

12 juin. — Extraction pénible de la tige par rupture du fil. — L'isthme enserre la tige et l'utérus descend avec elle. La tige extraite porte sur la partie moyenne un rétrécissement très marqué.

Pâte de Canquoin.

Pas de douleur le soir.

15 juin. — Issue de la pâte. Règles qui ne durent que quatre jours.

20 juin. — *Spéculum.* — Cathéter peu mobile.

Isthme peu élargi.

Profondeur 7.

28 juin. — Sort guérie.

En somme, endométrite d'origine puerpérale ; retrait rapide de l'utérus sous l'action du caustique.

Cette malade est revenue à l'hôpital le 20 octobre ; ses règles n'ont pas reparu depuis sa sortie ; elle souffre un peu dans le bas ventre, mais n'a pas d'écoulement comme autrefois. Les seins sont augmentés de volume, l'aréole élargie ; la ligne blanche un peu teintée ; la malade a eu des nausées pendant six semaines environ comme lorsqu'elle est enceinte. L'utérus est gros et dépasse de six travers de doigt la symphyse pubienne. Grossesse probable.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Endométrite. — Cautérisation — Guérison.

Louise L..., 27 ans, journalière. Entrée à l'Hospice Général le 17 juin 1890.

Vie génitale trop active.

Réglé à 14 ans irrégulièrement pendant six mois, puis régulièrement, deux ou trois jours chaque mois.

Mariée à 21 ans. En six ans cinq grossesses dont deux gemellaires et 2 fausses couches à trois mois.

La dernière fausse couche en février. Depuis pertes continuelles ; règles tous les quinze jours durant huit jours et très abondantes.

Toucher. — Col à gauche, élevé.

Orifice externe fermé, léger ramollissement de la muqueuse du museau de tanche. Antéflexion accusée parais-

sant siéger au niveau de l'isthme. Corps refoulé à gauche dépassant de trois travers de doigt la symphyse pubienne.

Tumeur du volume d'une mandarine accolée au bord droit de l'utérus dont elle est séparée par un sillon ; douloureuse au toucher ; assez résistante sans avoir la fermeté du tissu utérin, régulièrement arrondie.

Irrégularité au niveau de l'angle gauche paraissant dépendre de la trompe.

Spéculum. — Bride partant de la commissure gauche ; cavité utérine étendue, cathéter peu mobile, profondeur : 8 1/4.

Lèvres violacées et granuleuses.

Le cathéter est senti très nettement à travers les parois.

26 juin. — 8 1/4.

Tige de laminaire.

Écoulement muco-purulent teinté de sang, à peine glaireux.

27 juin. — La tige sort dans un effort de miction.

Pâte de Canquoin. Deux tampons.

Le soir quelques douleurs peu intenses.

29 juin. — Ablation du tampon vaginal.

30 juin. — Issue du tampon de la cavité cervicale.

3 juillet. — Issue de la pâte.

5 juillet. — Pas de douleur à la pression, douleur lombaire.

16 juillet. — 7 1/2 de profondeur utérine.

19 juillet. — Sort guérie. Tout écoulement supprimé.

État général bon.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle).

Marie L..., 38 ans, confectionneuse, entrée à l'Hospice-Général le 5 juillet 1890.

Réglée à 17 ans, régulièrement d'emblée, en retard de trois jours ; durée de 4 à 5 jours.

Une seule grossesse il y a 8 ans.

L'année dernière est restée au lit pendant deux mois à la suite d'un coup reçu sur l'abdomen pendant une période menstruelle. Depuis cette époque, les règles reviennent tous les 15 jours et durent chaque fois 4 à 5 jours comme autrefois.

Dans l'intermenstruation, leucorrhée très abondante, surtout debout.

Douleurs vives à la région lombaire et à l'hypogastre. Ces douleurs s'exaspèrent par la marche et la fatigue. La miction est douloureuse.

Le palper révèle des points douloureux sur la ligne médiane, au niveau de la région ovarienne gauche et sur la crête iliaque du même côté.

Le toucher vaginal montre le col à gauche, volumineux ; la commissure droite est largement fendue. Le corps, dévié un peu à droite, dépasse la symphyse pubienne de deux travers de doigt ; il est mobile, mais douloureux à la pression. Les culs-de-sac sont libres.

Sur les lèvres du col, en ectropion, on aperçoit quelques petites ulcérations à fonds grisâtre. Par le museau de tanche s'écoule un liquide muco-purulent très fluide. Le cathéter

pénètre de 7 centimètres $\frac{3}{4}$ dans la cavité utérine et s'y meut très facilement.

La muqueuse est sensible et saigne facilement.

9 juillet. — Tige de laminaire.

10 juillet. — Extraction de la tige. Crayon de 3 centimètres $\frac{1}{2}$; tampons dans le col et dans le vagin. Quelques douleurs le soir ; lavement laudanisé.

12 juillet. — Ablation des tampons vaginaux et le lendemain expulsion du tampon cervical.

Écoulement séreux, puis purulent.

15 juillet. — Issue de la pâte.

29 juillet. — Le cathéter pénètre facilement encore dans la cavité utérine, mais ne peut plus s'y mouvoir librement. Profondeur : 7 centimètres seulement. Tout écoulement a cessé.

18 août. — Sort guérie. Les règles ne sont revenus que le 2 août et n'ont duré que 4 jours.

OBSERVATION XIX

(Personnelle).

Endométrite post-puerpérale. — Cautérisation. — Guérison.

Georgette R..., 22 ans, ouvrière de filature ; entrée à l'Hospice-Général le 9 juillet 1890.

Réglée à 15 ans, régulièrement, durée 3 à 4 jours. Mariée à 17 ans ; trois grossesses à terme. Le dernier accouchement a eu lieu il y a un mois ; s'est relevée le neuvième jour, puis après 7 jours de travail, soit 17 jours après l'accouchement, a été obligée de se remettre au lit. Elle souffrait alors dans

le bas ventre, et ces douleurs n'ont fait qu'augmenter depuis.

Arrêt complet des lochies depuis le début des douleurs.

Au toucher, on trouve le col en arrière, à peu près fermé ; le corps est en antéflexion, il est mobile, mais très douloureux.

Le fonds de l'utérus dépasse de 5 travers de doigt la symphyse pubienne. On sent dans la fosse iliaque droite un empatement vague ; toute cette région est douloureuse.

12 sangsues sur la paroi abdominale. Repos absolu.

11 juillet. — 6 sangsues au même endroit.

28 juillet. — Tout empatement a disparu, mais l'utérus reste gros et douloureux, et, en appliquant le spéculum, on voit sourdre du museau de tanche un liquide muco-purulent, peu consistant, fourni par la cavité du corps de l'organe.

Le cathéter donne 8 centimètres $1/2$ de profondeur utérine ; il est très mobile dans tous les sens.

30 juillet. — Tige de laminaire.

31 juillet. — Ablation de la tige, précautions antiseptiques habituelles. Crayon de chlorure de zinc de 5 centimètres $1/2$ de longueur et de 4 millimètres d'épaisseur. Tampons dans le col et le vagin.

Dans la journée, douleurs vives qui nécessitent deux injections de chlorhydrate de morphine de un centigramme chaque ; ces injections sont renouvelées le lendemain.

2 août. — Ablation des tampons ; les douleurs diminuent et disparaissent le lendemain.

5 août. — La pâte est expulsée avec le tampon placé dans le col. Cette expulsion s'accompagne de quelques coliques.

20 août. — Tout écoulement a cessé. La cavité utérine a perdu 1 centimètre $1/2$; le fonds de l'utérus dépasse à peine

la symphyse pubienne. La malade est autorisée à se lever,
26 août. — Sort guérie.

CONCLUSIONS.

I. — Il existe des endométrites du corps compliquées ou non d'une inflammation muqueuse du col.

II. — Ces endométrites existent rarement sans un certain degré de métrite parenchymateuse.

III. — Elles sont justiciables de la cautérisation par le crayon au chlorure de zinc appliqué uniquement dans la cavité du corps.

Consécutivement à ce traitement, on voit l'endométrite cervicale, qui les accompagne, guérir ensuite spontanément ou céder à un traitement moins énergique.

La métrite parenchymateuse s'amende ou guérit complètement quand elle est de date récente.

IV. — L'utérus hypertrophié diminue de volume dans de notables proportions et cette régression se continue pendant plusieurs mois après le traitement.

V. — La localisation de la cautérisation dans la cavité du corps a mis dans tous les cas à l'abri d'une atrésie de l'isthme.

VI. — La conception peut se produire après ce traitement et la grossesse suivre régulièrement son cours.

INDEX ALPHABÉTIQUE.

- Aran.** Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
- Bouchut et Després.** Dictionnaire.
- Bouilly.** De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingies et ovariennes. (Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveaux-nés, ann. 1890, f° 637).
- Brose.** De la cautérisation intra-utérine avec la solution de chlorure de zinc à 50 0/0. (Annales de Gynécologie 1888, f° 237).
- Cordes** (de Genève). Traitement de l'endométrite. (Annales de gynécologie. 1889, f° 61).
- Cornil.** Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites, etc... (Paris 1889).
- Dolérès.** De l'endométrite et de son traitement. (Archives de tocologie des mal. des femmes et des enf. n.-nés. 1887, f° 97).
- Dumontpallier.** Du traitement de l'endométrite par les crayons de chlorure de zinc. (Ann. de gyn. 1889, f° 56).
- Dumontpallier.** Traitement local des endométrites chroniques. (Gazette des Hôpitaux. 1890, f° 522).
- Grandmaison** (F. de). Gazette des Hôpitaux. 1889, f° 1101; 1890, f° 226 et 837.
- Gaillard-Thomas.** Traité des maladies des femmes.
- Gallard.** Leçons cliniques sur les maladies des femmes.
- Heitzmann.** De quelques altérations de l'épithélium dans l'endométrite. (Annales de gynécologie. 1888, f° 237).
- Jouin.** De l'emploi des bâtonnets médicamenteux avec ou sans dilatation préalable, etc. (Archives de tocologie. 1887, f° 1061).

- Jouin.** de l'endométrite tuberculeuse chronique. (Ann. de gyn. 1889, f° 372).
- Lauth.** Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. Thèse de Paris, 1889.
- Lucas-Championnière.** Soc. anat. Paris 13 janvier 1882; Société chirurg. fév. 1889, mars 1890.
- Pajot.** Annales d'obst. et de gyn. de Paris, fév. 1890.
- Pichevin (R.).** Du curage de l'utérus. (Gazette des Hôpitaux, 1890, f° 373).
- Pichevin (R.).** Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique. (Gazette des Hôpitaux, 1890, f° 421).
- Pozzi.** Mercredi médical, avril 1890.
- Poirier.** Progrès médical, janvier, février 1890.
- Polailion.** Annales de gynécologie, 1889, f° 139.
- Porack.** Des tentes aseptiques et de leur emploi dans le traitement de l'endométrite. (Annales de gynécologie 1887, f° 374).
- Quénu.** Traitement des métrites par les bâtonnets de chlorure de zinc. (Semaine médicale, 1890, f° 387).
- Reynier.** Du traitement des endométrites, (Gaz. des Hôp. 1890, f° 359).
- Richelot.** Endométrite et curage. (Ann. de gyn. 1889, f° 271).
- Routier.** Hémato-Salpingite, suite de cautérisation intra-utérine. (Semaine médicale, 1890, f° 369).
- Schroeder.** Mal. des org. génit. de la femme.
- Schultze.** Valeur du tampon épreuve dans le diagnostic de l'endométrite chronique. (Centralbl. f. Gynäk, 11 mai 1889).
- Schnell et Roux.** Emploi de l'iodoforme dans le traitement de la métrite chronique. (Ann. de gynécolog., 1889, f° 355).
- De Synéty.** Man. de gynécolog., 1884. Art. Utérus pathol. dict. Dechambre.
- Saintu.** Etude de l'application du curettage au traitement des salpingues. (Thèse de Paris, 1890).
- Terrillon.** Leçons de clinique chirurg.
- Tillaux.** Chirurg. clinique. 1889.
- Veit.** De l'endométrite du corps de l'utérus. (Ann. de gyn. 1887, f° 68).

VU :

Le président de la thèse,
GUYON.

VU :

Le Doyen,
BROUARDEL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

